

Dadansoddi ar gyfer Polisi



Analysis for Policy

Ymchwil gymdeithasol
Social research

Rhif: 63/2013



Llywodraeth Cymru
Welsh Government

www.cymru.gov.uk

Gwerthusiad Realistig o iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn yng Nghymru, er mwyn hybu annibyniaeth a lles: adroddiad interim



Gwerthusiad Realistig o iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn yng Nghymru, er mwyn hybu annibyniaeth a lles: adroddiad interim

I gael rhagor o wybodaeth, cysylltwch â:

Jamie Smith

Gwasanaethau Gwybodaeth a Dadansoddi

Llywodraeth Cymru

Ystafell 3.12

Parc Cathays 1

Caerdydd

CF10 3NQ

02920 826850

Jamie.smith@wales.gsi.gov.uk

Ymchwil Gymdeithasol Llywodraeth Cymru, 2013

ISBN: 978-1-4734-0383-3

© Hawlfraint y Goron 2013

Tabl cynnwys

Crynodeb Gweithredol Interim.....	4
Amcan	6
Dull	6
Canlyniadau	9
Y prif ganfyddiadau	10
Goblygiadau yn y dyfodol i ffyrdd newydd o ddarparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol.....	14
1 Cyflwyniad	16
Trosolwg ac Amcanion	16
2 Dull	21
Adolygiad realistig o lenyddiaeth ac adborth gan randdeiliaid ynghylch iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn.	21
3 Canlyniadau: Rhan 1	29
Y mecanweithiau a ddefnyddir yng Nghymru i ddarparu gofal integredig i bobl hŷn.....	60
Canlyniadau: Rhan 2	68
Gwasanaethau Gofal Integredig Pen-y-bont ar Ogwr.....	69
Gwasanaethau Sylfaenol a Chymunedol Cwm Taf	73
Modelau Gofal Integredig Hywel Dda	79
Prosiect Eiddilwch Gwent	83
Gwasanaethau Integredig Bro Morgannwg	91
Gofal Canolraddol Wrecsam.....	95
Gofal Ymateb i Argyfwng Torfaen/Ynys Môn/Gogledd Powys.....	99
Gwelliannau i Gartrefi a Chymorth Cysylltiedig	103
Broceriaid Sector Gwirfoddol yn gweithio gyda Thimau Adnoddau Cymunedol	107
Rhaglenni Iechyd a Gofal Cymdeithasol Integredig ledled Cymru.....	111
Rhanddeiliaid sy'n rhyngweithio â gwasanaethau iechyd a gwasanaethau cymdeithasol.....	115
Meddygon teulu	115
Cyfuno'r Dystiolaeth	117
4 Trafodaeth	121
Arfarnu Polisi ac Ymarfer.....	121
Arfarnu'r dystiolaeth ar waith	125
Crynodeb.....	128
5 Casgliadau.....	129
6 Cyfeiriadau.....	132

Rhestr o dablau

Tabl 1: Lefelau strwythur sefydliadol gydag enghreifftiau o Gyd-destun, Mekanweithiau a Chanlyniadau	26
Tabl 2: Model cysyniadol o iechyd a gofal cymdeithasol integredig ar lefelau macro, meso a micro.	44
Tabl 3: Enghreifftiau o wasanaethau gofal integredig sy'n ei gwneud hi'n hawdd pontio rhwng pwyntiau cyswllt ar y llwybr gofal	64
Tabl 4: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Pen-y-bont ar Ogwr, Rhagfyr 2012)	70
Tabl 5: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Cwm Taf, Rhagfyr 2012)	74
Tabl 6: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Hywel Dda, Rhagfyr 2012).....	80
Tabl 7: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Prosiect Eiddilwch Gwent, Rhagfyr 2012)	84
Tabl 8: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Powys, Rhagfyr 2012)..	88
Tabl 9: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Bro Morgannwg, Rhagfyr 2012).....	92
Tabl 10: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Rhagfyr 2012)	95
Tabl 11: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Model Bhowmick, Rhagfyr 2012)	100
Tabl 12: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Gofal a Thrwsio, Rhagfyr 2012)	104
Tabl 13: Damcaniaeth Integreiddio (Broceriaid Sector Gwirfoddol, Rhagfyr 2012).....	108
Tabl 14: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Y Groes Goch, Rhagfyr 2012).....	112
Tabl 15: Cyfuno Cyd-destun, Mekanweithiau a Chanlyniadau gwasanaethau integredig i bobl hŷn	117

Rhestr o ffigurau

Ffigur 1: Sut mae gwasanaethau'n rhyngweithio ar bob lefel sefydliadol34

Ffigur 2: Modelau o'r mathau o drefniadau gweithio ym maes iechyd a gofal cymdeithasol sy'n dangos y newidiadau y mae angen eu gwneud er mwyn gweithio mewn ffordd gwbl integredig38

Ffigur 3: Y seilos gofal61

Ffigur 4: Pwyntiau cyswllt ar hyd y llwybr gofal sy'n addas i wasanaethau gofal integredig63

Crynodeb Gweithredol Interim

1. Diben yr adroddiad hwn yw disgrifio'r cyd-destun a'r prosesau a ddefnyddir i ddarparu gwasanaeth iechyd a gofal cymdeithasol integredig sy'n hybu annibyniaeth a lles y boblogaeth hŷn yng Nghymru. Yn y pen draw, bydd rhan olaf y prosiect hwn yn llenwi bwlch cydnabyddedig mewn gwerthusiadau o ganlyniadau gwasanaethau nad yw gwaith arall, boed yn waith sy'n mynd rhagddo ar hyn o bryd neu'n waith arfaethedig, wedi'i lenwi.
2. Ym mis Mehefin 2010, cynhaliwyd astudiaeth sylfaenol ansoddol o amrywiaeth o ymagweddau at iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru. Cynhaliwyd yr astudiaeth ar y cyd gan yr Asiantaeth Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol (AGGC) a'r Asiantaeth Genedlaethol Arwain ac Arloesi mewn Gofal Iechyd (NLIAH) a lluniwyd yr adroddiad: *Astudiaeth i ymagweddau integredig at ddarparu gwasanaethau sy'n hybu annibyniaeth a lles* (Mawrth 2011). Fel dilyniant i astudiaeth AGGC/NLIAH, edrychodd yr astudiaeth hon unwaith eto ar y prosiectau a amlinellwyd yn yr adroddiad, gan gyfweled â'r prif randdeiliaid er mwyn meithrin dealltwriaeth fanylach o ba un a yw'r mathau hyn o wasanaethau'n effeithiol a sut, pam ac o dan ba amgylchiadau y maent yn effeithiol. Mae'r adroddiad interim hwn, a gomisiynwyd gan Raglen Gwasanaethau Effeithiol i Grwpiau Agored i Niwed (ESVG) Grŵp Arwain y Gwasanaethau Cyhoeddus, yn rhoi trosolwg beirniadol o bob un o blith amrywiaeth o brosiectau/gwasanaethau integreiddio, gan eu cymharu â 'damcaniaeth brofadwy' ddelfrydol o sut y dylai integreiddio weithio.
3. Defnyddir gwerthusiad realistig o'r dystiolaeth a gasglwyd drwy'r cyfweiliadau er mwyn datblygu fframwaith gwerthuso ar gyfer iechyd a gwasanaethau cymdeithasol integredig i bobl hŷn. Mae ESGV yn awyddus i'r fframwaith hwn gael ei fabwysiadu'n eang fel ffordd o werthuso gwasanaethau'n drylwyr ac yn gyson, ond gan sicrhau y caiff

gwahaniaethau lleol eu hystyried wrth bennu'r dull gweithredu, y cyd-destun a'r prosesau.

4. Nod yr adroddiad interim hwn yw:
 - a. casglu ymchwil eilaidd, polisïau a thystiolaeth arall a fydd yn cyfrannu at lunio gwerthusiad realistig o'r amrywiaeth o ymagweddau at ofal integredig gyda phobl hŷn;
 - b. cynnal ymchwil sylfaenol ymhlith rhanddeiliaid ym maes llywodraeth leol, iechyd a meysydd eraill, er mwyn deall yn well y sefyllfa bresennol o ran integreiddio a darparu gwasanaethau;
 - c. awgrymu fframwaith gwerthuso iechyd a gofal cymdeithasol integredig er mwyn mesur effaith y gwasanaethau a ddarperir.
5. Mae adran gyntaf yr adroddiad yn rhoi crynodeb o adolygiad o lenyddiaeth sy'n ymwneud â pholisïau, strategaethau a'r ddarpariaeth gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn, gan ddefnyddio llenyddiaeth a gyrchwyd yn genedlaethol ledled Prydain ac yn lleol yng Nghymru. Defnyddir cyfuniad trylwyr o dystiolaeth ddamcaniaethol a disgrifiadol i ddatblygu damcaniaeth brofadwy o arfer gorau ar gyfer gweithredu a darparu iechyd a gofal cymdeithasol integredig. Caiff y ddamcaniaeth brofadwy hon ei defnyddio er mwyn pennu'r safon y caiff modelau o ofal integredig yng Nghymru eu cymharu yn ei herbyn. Bydd y gwaith hwn yn mynd rhagddo tan ganol 2014.
6. Mae'r ail adran yn parhau â'r gwerthusiad realistig, sy'n defnyddio cyfraniadau rhanddeiliaid fel y prif ddata, drwy gasglu adroddiadau ar y broses o ddarparu gwasanaethau integredig yng Nghymru a chanlyniadau hynny. Manylir ar ddetholiad bach o wasanaethau a phrosiectau yng Nghymru (ond ni chânt eu gwerthuso yn yr astudiaeth hon), yn seiliedig ar nifer fach o gyfweiliadau a gynhaliwyd â rhanddeiliaid allweddol yn ystod hydref 2012. Er bod yr agenda integreiddio yn datblygu'n gyflym iawn yng Nghymru ar hyn o bryd, mae'r dystiolaeth a gafwyd o fodelau darparu gofal yn 2012 yn dal i fod yn ddefnyddiol iawn. Caiff ei defnyddio yma i lunio model damcaniaethol o 'arfer gorau' (sef y ddamcaniaeth brofadwy mewn

gwerthusiadau realistig) a chymharu gwasanaethau yn ei erbyn, a nodir meysydd i'w gwella o fewn y rhaglenni a ddarperir hefyd.

7. Defnyddir y dulliau o werthuso modelau gofal rhaglenni er mwyn helpu i ddatblygu adnodd gwerthuso effaith.

Amcan

8. Crynhoi enghreifftiau o arfer da, effeithlon ac effeithiol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol integredig o lenyddiaeth a chyfweliadau â rhanddeiliaid. Defnyddir y wybodaeth hon i ddatblygu model cysyniadol o ofal integredig, gyda'r nod o lunio fframwaith gwerthuso y gellir ei ddefnyddio i asesu effaith y gwasanaethau a ddarperir i bobl hŷn.

Dull

9. Cynhaliwyd adolygiad realistig o lenyddiaeth iechyd a gofal cymdeithasol i bobl hŷn a chynhaliwyd cyfweliadau â rhanddeiliaid sy'n darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol i bobl hŷn. Cynhaliwyd ymarfer cwmpasu i ddechrau er mwyn casglu a chyfuno'r ymchwil a oedd eisoes ar gael a dogfennau llywodraethol ynghylch gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn ym Mhrydain ac, yn fwy penodol, yng Nghymru. Dim ond llenyddiaeth o 2008 ymlaen a ddefnyddiwyd, gan fod ymchwil hŷn wedi dyddio yn sgil maint a chyflymder y datblygiadau ym maes gwasanaethau integredig. Defnyddiwyd cronfeydd data Gwyddorau Cymdeithasol ochr yn ochr â gwefannau Llywodraeth Cymru, Lloegr, yr Alban a Gogledd Iwerddon, Llyfrgell The Kings Fund, cyhoeddiadau Nuffield, yr Adran Iechyd, y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol (NICE) a gwefan yr Uned Ymchwil Gwyddorau Cymdeithasol a Phersonol (PSSRU), ynghyd â dolenni cysylltiedig. Defnyddiwyd cyfuniad o'r termau chwilio canlynol: 'evaluation/impact/assessment of integrat*/intermediate/co-ordinated/joint commission* health AND social care for older people'. Nid ystyriwyd gwybodaeth os mai dim ond un model gwasanaeth a ddisgrifiwyd yn y gwaith ond ystyriwyd gwybodaeth os oedd y modelau darparu gofal a ddisgrifiwyd ar waith ym Mhrydain, yn defnyddio gwasanaethau iechyd a

gofal cymdeithasol i bobl hŷn ac yn gwerthuso gwasanaethau mewn rhyw ffordd. Defnyddiwyd llenyddiaeth anfasnachol ac adnoddau olrhain cyfeiriadau er mwyn cwblhau'r chwiliad hefyd.

10. Cyn cam nesaf yr astudiaeth, ceisiwyd cymeradwyaeth foesegol i gynnal cyfweiliadau lled-strwythuredig, manwl â gweithwyr proffesiynol sy'n trefnu neu'n darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig. Mae safbwyntiau rhanddeiliaid yn agwedd bwysig ar werthusiad realistig. Yn wir, mae tystiolaeth o amrywiaeth o ffynonellau yn hollbwysig er mwyn cyfuno gwybodaeth o bob rhan o'r sbectrwm, o ddamcaniaeth i arfer. Mae cyfweld â llunwyr polisïau, ymarferwyr a rhanddeiliaid eraill yn rhoi darlun o'r cyd-destun neu'r realiti o ran darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol o safbwyntiau gwahanol a newydd.
11. Fel rhan o'r trosolwg o arferion presennol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru, edrychwyd unwaith eto ar y 13 o brosiectau a nodwyd yn adroddiad AGGC/NLIAH y cyfeiriwyd ato uchod (tudalen 3), ond ni werthuswyd y prosiectau hynny. Cysylltwyd â'r 18 o unigolion a gafodd eu cyfweld yn wreiddiol er mwyn sicrhau eu cydweithrediad i gymryd rhan mewn cyfweiliad dilynol. Ymatebodd deg ohonynt. Rhoddodd y rheini nad oeddent yn yr un swyddi mwyach fanylion cyswllt unigolyn priodol arall i'w gyfweld. Cynhaliwyd deg cyfweiliad ag arweinwyr strategol gan ddefnyddio amserlen wreiddiol y cyfweiliadau lled-strwythuredig a nodir yn adroddiad AGGC/NLIAH (2011:t. 53). Canolbwyntiai'r cwestiynau ar bum thema allweddol: cefndir; canlyniadau; effaith; arweinyddiaeth a chymorth; a'r dyfodol. Ni allai pob ymatebydd fynd i'r afael yn fanwl â rhai o'r themâu allweddol hyn. Swyddi strategol oedd gan rai o'r ymatebwyr a olygai nad oeddent yn ddigon cyfarwydd â gwaith rheng flaen na phrosesau darparu gofal. Yn yr achosion hyn, cyfeiriodd yr ymatebwyr at gydweithwyr a oedd mewn sefyllfa well i roi gwybodaeth benodol am y gwasanaethau a ddarperir. Cynhaliwyd 18 o gyfweiliadau lled-strwythuredig eraill â rheolwyr a gweithwyr gwasanaeth proffesiynol o'r saith bwrdd iechyd, detholiad o'r 22 o awdurdodau lleol a sefydliadau yn y trydydd sector. Cafodd pob un o'r 28 o gyfweiliadau eu cynnal naill ai

wyneb yn wyneb neu dros y ffôn. Roedd y cyfweiliadau'n para rhwng 40 munud ac awr ac, os rhoddwyd caniatâd, gwnaed recordiadau sain digidol ohonynt er mwyn eu trawsgrifio a'u dadansoddi'n ddiweddarach.

12. Defnyddiwyd y cyfweiliadau fel ffynhonnell o ddata ychwanegol ar gyfer y gwerthusiad realistig, er mwyn canfod beth oedd yn gweithio (neu fel arall) i bwy, pam ei fod yn gweithio, sut roedd yn gweithio ac o dan ba amgylchiadau y câi gofal integredig effeithiol ei ddarparu. Cynhaliwyd y cyfweiliadau er mwyn canfod, ar sail profiad ymarferol, feysydd o arfer da a meysydd o arfer a oedd yn llai cynhyrchiol ac effeithiol neu'n creu rhwystrau i ddarparu gwasanaethau. Er bod cyfyngiadau cynhenid ynghlwm wrth ddefnyddio safbwyntiau personol, ac er bod ein casgliadau ar bob un o'r prosiectau yn seiliedig ar un neu ddau gyfweiliad, arweiniodd y dull hwn o weithredu at dystiolaeth ddefnyddiol a wnaeth ein galluogi i gasglu damcaniaethau rhaglenni ynghylch integreiddio effeithiol. Yn gyffredinol, roedd y modelau darparu gwasanaethau/damcaniaethau rhaglenni wedi'u teilwra'n unigol gan reolwyr y prosiectau a'u rhoi ar waith gan ymarferwyr er mwyn diwallu anghenion y gymuned leol. Defnyddiwyd y damcaniaethau rhaglenni hyn i brofi pa un a oedd modelau gwasanaeth integredig yng Nghymru yn cyflawni uchelgais y ddamcaniaeth brofadwy. Model o ddisgwyliadau strategol cenedlaethol, delfrydol ar gyfer darparu gofal sy'n ceisio hybu annibyniaeth a lles y boblogaeth hyn yng Nghymru yw'r ddamcaniaeth brofadwy. Mae'r ddamcaniaeth brofadwy yn seiliedig ar yr hyn a gaiff ei ystyried yn arfer gorau ym maes gofal integredig.

13. Mae'r ddamcaniaeth brofadwy o arfer gorau ym maes gofal integredig yn awgrymu y dylai gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol gael eu hintegreiddio ar lefel cyfarwyddwyr, lefel weithredol, lefel (macro) rheolwyr (meso) ac ymhlith staff rheng flaen (micro). Mae'r prosesau a welwyd ar waith ar y lefelau amrywiol hyn yn cynnwys rolau strategol ar y cyd ar lefel cyfarwyddwyr (macro) a lefel rheolwyr (meso), cyflwyno cyllidebau ar y cyd (macro), cyd-leoli staff (meso a micro), datblygu un pwynt mynediad ac atgyfeiriadau (meso) a gwella cyfathrebu rhwng gweithwyr proffesiynol a gwasanaethau (micro). Roedd y canlyniadau y disgwyliwyd y byddai'r

model sefydliadol hwn yn eu cynhyrchu mewn amrywiaeth o gyd-destunau yn cynnwys: gwasanaeth iechyd a gofal cymdeithasol di-dor; boddhad â gofal ymhlith y rhai sy'n cael gofal a gofalwyr; ffyrdd haws o ddarparu gofal; lefelau uwch o les; cadw annibyniaeth; llai o dderbyniadau amhriodol i'r ysbyty; pobl hŷn yn gallu byw'n hirach a byw'n dda yn eu cartrefi eu hunain, am lai o gost i'r pwrs cyhoeddus.

Canlyniadau

14. O'u cymharu â'r ddamcaniaeth brofadwy o arfer gorau ar gyfer darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig, datgelodd y damcaniaethau rhaglenni:

- Y model cysyniadol neu ddelfrydol o ofal integredig yw sail y ddamcaniaeth brofadwy a gellir ei ddisgrifio fel strwythur sefydliadol syml. Mewn egwyddor, gall y strwythur gwasanaeth delfrydol hwn: a) ymateb i bolisiâu a strategaethau sy'n anelu at integreiddio gwasanaethau; a b) dylanwadu ar ddulliau o ddarparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol ar y cyd. Mae'r modelau ar gyfer darparu gofal integredig effeithiol sydd ar waith ar hyn o bryd yng Nghymru, a ddisgrifir gan y damcaniaethau rhaglenni, yn darparu gofal o'r gwaelod i fyny. Mae hwyluso dulliau o ddarparu gwasanaethau rheng flaen ar y cyd neu mewn ffordd integredig yn effeithiol er mwyn cyflwyno iechyd a gofal cymdeithasol integredig. Mae newid y ffordd y darperir gofal yn arwain at ganlyniadau cadarnhaol ar unwaith, i'r gwasanaeth a'r defnyddwyr gwasanaethau (yn ôl tystiolaeth anecdotaidd o'r cyfweiliadau â rhanddeiliaid). Mae datblygiadau strwythurol a sefydliadol integredig, effeithiol yn digwydd o ganlyniad i newidiadau yn y ffordd y darperir gwasanaethau, nid fel rhagflaenwyr i'r newidiadau hynny.
- Rydym ar gam cynnar yn y broses o ddatblygu modelau gwasanaethau gofal integredig yng Nghymru a'r cyd-destun ar gyfer darparu gofal effeithiol yw cael cyfuniad o arweinyddiaeth broffesiynol gref wrth ddarparu gofal rheng flaen, rheolwyr hyblyg a chefnogol, a chefnogaeth ymhlith meddygon teulu/gofal sylfaenol i'r model gwasanaeth.

- Caiff integreiddio da ei hwyluso gan drefniadau sy'n annog cyfathrebu da rhwng y sectorau 'gofal' a 'iacháu', sy'n cynnwys gofal statudol, gofal preifat a gofal trydydd sector, ac sy'n cynnwys tai a thrafnidiaeth. Mae gan wasanaethau effeithiol dimau amlddisgyblaethol, priodol o staff. Mae gan ddefnyddwyr gwasanaethau weithiwr allweddol personol a glustnodwyd iddynt, ymatebir yn gyflym i atgyfeiriadau a gall gweithwyr proffesiynol sy'n gwneud atgyfeiriadau siarad â gweithwyr proffesiynol eraill er mwyn cael sicrwydd ynghylch gofal parhaus.
- Nid yw dangosyddion perfformiad presennol y llywodraeth o reidrwydd yn adlewyrchu canlyniadau gofal da. Mae lleihad mewn diwrnodau mewn gwelyau aciwt, fel ffordd o werthuso llwyddiant modelau newydd i ddarparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol cymunedol, yn fesur annigonol ac anymatebol nad yw'n ystyried anghenion gofal cynyddol y rhai â chyflyrau cymhleth a chronig a all gyd-fynd â henaint.

Y prif ganfyddiadau

Seilo gofal newydd.

- a. Awgryma ein tystiolaeth y gall cyllidebau sengl a chydleoli, yn anfwriadol, greu seilo/sector gofal arall. Gall gwasanaethau integredig ddod yn wasanaethau annibynnol yn eu rhinwedd eu hunain gyda chyswllt â chleifion am amser cyfyngedig a'u llwybrau atgyfeirio a rhyddhau eu hunain.
- b. Mae hwyluso a datblygu cydberthnasau gwaith rhyngbroffesiynol a mewnbroffesiynol yn ffordd effeithiol o ddarparu gofal cydlynol yn y gymuned.

Cyfathrebu.

- c. Nid yw'n syndod bod cyfathrebu effeithiol yn greiddiol i integreiddio effeithiol rhwng ac o fewn gwasanaethau.

Gofal yn y gymuned.

- d. Mae angen i feddygon teulu chwarae rhan ganolog mewn gwasanaethau integredig. Yn wir, mae cyfraniad gofal sylfaenol yn hollbwysig er mwyn darparu gwasanaethau di-dor a pharhad o ran gofal.
- e. Fodd bynnag, dywedodd rhai o'r unigolion a gafodd eu cyfweld nad oedd Byrddau Iechyd Lleol wedi ystyried meddygon teulu wrth sefydlu gwasanaethau newydd.

Cyllidebu ar gyfer gofal.

- f. Gall trefniadau ariannol gwahanol rhwng iechyd a gofal cymdeithasol arwain at gyllidebu cystadleuol. Fel arfer, yn ystod mis Chwefror a mis Mawrth, bydd mwy o bobl hŷn fregus yn cael gofal aciwt, yn hytrach na gofal yn y cartref, wrth i gyllidebau gwasanaethau cymdeithasol yr awdurdodau lleol leihau tua diwedd y flwyddyn ariannol.
- g. Ni chaiff y ddarpariaeth gofal ei hadolygu'n aml, gan fod y broses yn feichus, yn drafferthus ac yn golygu llawer iawn o waith papur. Teimlwyd nad oedd gan adrannau yr adnoddau na'r gallu i gynnal adolygiadau rheolaidd. Felly, gall y gofal a ddarperir i rai pobl fod yn ddiangen, yn amhriodol ac yn ddrud.
- h. Efallai mai 'rheoli costau' a wnaiff gwasanaethau gofal integredig yn y pen draw, yn hytrach nag arbed costau.
- i. Mae angen cynnwys y costau rheoli a gweinyddu sylweddol yng nghyfanswm y gost o ddarparu gwasanaethau integredig.
- j. Mae cyflogi rheolwyr i reoli rheolwyr eraill yn ychwanegu haenau o fiwrocratiaeth am gost uchel iawn ac nid yw o reidrwydd yn gwneud gwahaniaeth i'r gofal rheng flaen a ddarperir.

Technoleg a gofal.

- k. Ar hyn o bryd ymddengys bod technoleg gwybodaeth yn cyfyngu ar y potensial i integreiddio gwaith. Mae cronfeydd data iechyd a gwasanaethau cymdeithasol yn anghydnaws. Felly caiff trefniadau rhannu gwybodaeth eu cyfyngu gan ganiatâd a lleoliad cyfrifiaduron mewn gwasanaethau gwahanol.

- l. Yn aml, nid oes modd casglu data digidol o bell, sy'n golygu bod oedi yn aml cyn bod y wybodaeth ddiweddaraf yn cael ei rhannu ar draws ac o fewn gwasanaethau.

Integreiddio'r rheolwyr sy'n goruchwyllo gofal integredig.

- m. Pan gaiff prosesau integreiddio eu rhoi ar waith o'r brig i lawr, dywedwyd bod oedi cyn y caiff gwasanaethau integredig eu darparu yn ymarferol. Bydd angen i werthusiadau yn y dyfodol ystyried a yw'r amser a'r arian sylweddol sydd eu hangen i ailstrwythuro cyfarwyddiaethau, lefelau uwch reoli a strategaethau cyllidebu yn creu seilwaith mwy sefydlog i ddatblygu gwasanaethau rheng flaen integredig.
- n. Pan gaiff prosesau integreiddio eu rhoi ar waith o'r gwaelod i fyny, caiff gofal integredig ei ddarparu ar lefel darparu gwasanaeth (micro). Llwyddir i wneud hyn mewn ffordd effeithlon, effeithiol a rhad, ar y cyfan, drwy hwyluso cyfathrebu rhwng gweithwyr proffesiynol a gwasanaethau.

Cynllunio'r ffordd y caiff gofal ei ddarparu

- o. Mae'r rhan fwyaf o'r gwasanaethau integredig presennol yn 'wasanaethau adweithiol' sy'n ymateb i anghenion gofal aciwt a chymunedol, nad ydynt yn cyfrannu fawr ddim at ofal ataliol a rhagataliol a gynllunnir.
- p. Mae cylch a llif gofal integredig yn adweithiol i ddechrau; mae'r cylch newid yn cryfhau'r canfyddiad y gall gofal rhagweithiol helpu i osgoi derbyniadau, gan alluogi unigolion i aros yn hirach yn y gymuned.
- q. Mae'r trydydd sector yn arbennig o dda wrth ddarparu gofal sy'n seiliedig ar gydberthnasau a chysylltiadau cymunedol. Mae cysylltiadau cadarnhaol rhwng y ddwy elfen o'r math hwn o ofal â lles ac ni chânt eu defnyddio i'r eithaf ar hyn o bryd. Er mwyn cryfhau rôl y trydydd sector, mae angen cymorth ar sefydliadau i ddatblygu eu gallu a'u hadnoddau i ddarparu gofal.
- r. Mae cydleoli staff yn aml yn nodwedd o ofal di-dor cydgysylltiedig.

- s. Gall gwasgariad daearyddol a ffiniau gwaith daearyddol gwahanol rhwng meddygfeydd, staff cymunedol gofal sylfaenol byrddau iechyd lleol a staff gofal cymdeithasol awdurdodau lleol, arwain at ddiffyg cyfathrebu a methiannau wrth ddarparu gwasanaethau.
- t. Mae'r BILlau yn gweithio gyda hyd at bum awdurdod lleol gwahanol yr un, sy'n golygu eu bod yn dyblygu amser ac ymdrechion yn ddiangen er mwyn darparu gwasanaeth iechyd a gofal cymdeithasol unigol.

Gwerthuso gofal.

- u. Yn aml caiff gwerthusiadau eu seilio ar faint o ddiwrnodau gwely a gaiff eu harbed, er mwyn gwrthbwysu cyllid rhwng gofal aciwt a gofal yn y gymuned. Nid yw defnyddio diwrnodau gwely fel ffon fesur o reidrwydd yn dangos llwyddiant gwasanaeth. Mae'n anochel y bydd y cynnydd ymhlith y boblogaeth dros 65 oed yn dod i'r amlwg ar ffurf galw cynyddol am wasanaethau. Bydd nifer y diwrnodau gwely a ddefnyddir gan bobl dros 65 oed yn cynyddu a bydd nifer y diwrnodau gwely a gaiff eu harbed yn cynyddu hefyd, yn gymesur â'r cynnydd yn y boblogaeth a allai ddefnyddio gwasanaethau aciwt o bosibl. Gall canran y bobl sy'n cael diwrnodau o ofal aciwt, o gymharu â diwrnodau o ofal yn y gymuned, fod yn fesur mwy priodol i ddangos effeithiolrwydd y gwasanaethau a ddarperir er mwyn hybu byw'n annibynnol.
- v. Mae polisïau a strategaethau cenedlaethol sy'n anelu at leihau nifer y gwelyau aciwt yn tynnu'n groes i anghenion iechyd demograffig poblogaeth sy'n heneiddio sy'n cael gofal yn y gymuned. Bydd yn rhaid i anghenion iechyd aciwt y boblogaeth gynyddol o bobl hŷn barhau i gael eu diwallu gan ofal eilaidd/trydyddol. Pan fo'r boblogaeth hŷn yn cynyddu, ni fydd arbedion costau sy'n seiliedig ar leihad yn nefnydd pobl dros 65 oed o ddiwrnodau gwely aciwt yn adlewyrchu effaith gofal integredig, hyd yn oed os caiff y lleihad cymesur mewn derbyniadau ei gynnal a hyd cyfartalog y cyfnodau mewn ysbytai ei leihau.

- w. Mae diffyg mesurau canlyniadau cenedlaethol priodol a gwaith safonedig i feincnodi ffigurau yn peri ansicrwydd ynghylch cywirdeb defnyddio mesurau perfformiad lleol i adrodd ar wasanaethau.

Goblygiadau yn y dyfodol i ffyrdd newydd o ddarparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol

15. Mae'r agenda gofal integredig yn gyfrwng effeithiol i annog newidiadau yn y ffordd y caiff gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol eu darparu.
16. Mae comisiynu gofal rhwng y sector statudol a'r sector preifat a'r trydydd sector yn creu amgylchedd a all achub ar y cyfle i ailstrwythuro a rheoli newid sefydliadol o ddarparu gofal rheng flaen i reoli effeithiol a rolau strategol ar y cyd ar lefel cyfarwyddwyr.
17. Caiff cyllidebu ar y cyd y tu hwnt i drefniadau [Adran 33](#) ei ystyried yn un o'r camau nesaf y mae angen eu cymryd er mwyn dymchwel y rhwystrau i integreiddio'r ddarpariaeth iechyd a gofal cymdeithasol yn y sector statudol. Fodd bynnag, byddai angen craffu'n fanwl ar ganlyniadau byrdymor a hirdymor anfwriadol unrhyw gamau o'r fath.
18. Rhaid cael system TG sengl cyn y gellir darparu gofal integredig effeithiol. Yn absenoldeb system gwbl integredig, dylid ystyried datblygu llwyfan integredig i'w ddefnyddio gan y saith bwrdd iechyd lleol a'r 22 o awdurdodau lleol er mwyn hyrwyddo agenda gofal integredig.
19. Yn y pen draw, os yw'r bwrdd iechyd lleol a'r awdurdod lleol yn bwriadu cyflwyno gwasanaethau sy'n rhannu mewnbwn i ofal iechyd unigolyn, byddai'n synhwyrol gweithio gyda meddygon teulu. Yn y bôn, drwy drefniadau llywodraethu/mandad llywodraeth, meddygon teulu sy'n gyfrifol am ofal iechyd y cyhoedd. Mae meddygon teulu yn cyfrannu at dros 90% o'r holl gysylltiadau gofal iechyd ac, felly, dylent chwarae rôl hanfodol wrth integreiddio gwasanaethau, gan fod yn rhaid iddynt dderbyn y risg a'r cyfrifoldeb am ofalu am gleifion.

20. Mae llunio fframwaith gwerthuso iechyd a gofal cymdeithasol integredig, cadarn yn gam hanfodol. Byddai fframwaith yn rhoi canllaw i wasanaethau gofal integredig ar sut y gall effaith gofal ar ddefnyddwyr gwasanaethau ac effaith newidiadau systemig ar wasanaethau gael eu hasesu. Galwodd ein hymatebwyr ar y llywodraeth i safoni, meincnodi a pharatoi mesurau ac arferion gwerthuso i'w defnyddio ledled Cymru er mwyn mesur effeithiolrwydd a chost darparu gofal integredig a'i fudd i ddefnyddwyr gwasanaethau.
21. Mae casglu data at ddibenion gwerthuso yn hanfodol ond, wrth ddarparu gwasanaethau, mae angen gwneud hynny ar y cam atgyfeirio, asesu, adolygu, rhyddhau ac aildderbyn hefyd. Wrth ddatblygu fframwaith gwerthuso, rhaid ystyried dyfnder ac amrywiaeth y data sydd eisoes ar gael yn lleol ac yn genedlaethol ac o fewn sefydliadau. Gallai unrhyw ymarferion ychwanegol i gasglu data gael effaith ddifrifol ar ansawdd ac ystod y gofal a roddir i'r defnyddiwr gwasanaeth gan eu bod yn tynnu sylw oddi ar y dasg o roi gofal. Mae casglu data y tu hwnt i'r amgylchiadau hyn yn rhoi pwysau diangen ar amser y rhai sy'n darparu gwasanaethau rheng flaen. Mae hyn yn y pen draw, yn effeithio ar ofal ac yn ychwanegu at feichiau ariannol y GIG ac awdurdodau lleol.
22. Caiff gwasanaethau yn y gymuned eu darparu, yn awtomatig, ar sail y dybiaeth yr hoffai pobl hŷn aros yn eu cartrefi. Nid ystyrir yr arwyddocâd y mae pobl hŷn yn ei roi i'w cartrefi ar gamau trawsnewidiol arbennig yn eu hansawdd bywyd sy'n gysylltiedig ag iechyd. Gofal priodol a ddarperir yn y lle cywir, ar yr adeg gywir, i'r person cywir gan y person cywir sydd bwysicaf er mwyn darparu gofal o ansawdd da i bobl hŷn.
23. Yn syml, ymddengys fod iechyd a gofal cymdeithasol integredig ar ei fwyaf effeithiol pan fo'n hwyluso trefniadau cyfathrebu, yn hytrach nag ailstrwythuro sefydliadau, ac ymddengys ei fod yn ymwneud mwy â rheoli costau yn hytrach na lleihau costau a buddsoddi.

1 Cyflwyniad

Trosolwg ac Amcanion

Mae'r adroddiad hwn yn werthusiad realistig (Pawson a Tilley, 2011; Wong, Westrop, Pawson a Greenhalgh, 2013; Pearson, Hunt, Cooper, Shepperd, Pawson ac Anderson, 2013) o'r ffyrdd amrywiol o ddarparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn yng Nghymru.

Mae'r astudiaeth yn elfen bwysig o waith Llywodraeth Cymru ar integreiddio gwasanaethau i bobl hŷn. Fel rhan o'i ffrwd gwaith 'Hybu Ffyrdd o Fyw Annibynnol', gwnaeth y Rhaglen Gwasanaethau Effeithiol i Grwpiau Agored i Niwed gais i'r Bwrdd Technoleg a Strategaeth yn 2011 i ariannu Partneriaeth Trosglwyddo Gwybodaeth, er mwyn ystyried dulliau o asesu effaith a chostau iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn.

Fel pob darn o waith 'realistig', strwythurwyd y gwerthusiad ar sail damcaniaeth ynghylch sut y bwriedir y bydd integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol yn arwain at ganlyniadau mwy ffafriol i wasanaethau a'r bobl hŷn sy'n eu defnyddio. Defnyddir adolygiad o lenyddiaeth i lunio damcaniaeth brofadwy - cysyniad delfrydol o ofal integredig - ac yna caiff y model cysyniadol hwn ei brofi yn erbyn modelau gwasanaethau presennol a newydd yng Nghymru. Y modelau hyn yw'r 'damcaniaethau rhaglenni' y mae'r gwerthusiad realistig yn seiliedig arnynt. Yn unol â methodoleg gwerthusiadau realistig, strwythurwyd y gwerthusiad ar y cyd-destun (C) gofal, a'r mecanweithiau (M) a ddefnyddir i ddarparu gofal sy'n cyfrannu at y canlyniad gofal (Ca). Dyma'r patrwm CMCa. Felly, rhennir yr adroddiad yn broses werthuso dair rhan:

1. ymarfer cwmpasu i ddeall y cyd-destun polisi ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol integredig;
2. gwerthusiad ffurfiannol, i ddeall y mecanweithiau a ddatblygwyd er mwyn darparu iechyd a gofal cymdeithasol integredig;

3. gwerthusiad crynodynol sy'n arwain at ddatblygu fframwaith gwerthuso er mwyn asesu effaith a chanlyniadau darparu gofal integredig.

Mae rhan gyntaf yr adroddiad (yr ymarfer cwmpasu) yn cynnwys adolygiad penodol, cyfyngedig o'r llenyddiaeth academiaidd a llywodraethol ar y damcaniaethau a'r arferion gwaith sy'n gysylltiedig â darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig yn y DU. Mae'n ystyried 'pam' y dylid integreiddio gofal ac 'i bwy' y bydd modelau gofal integredig yn gweithio'n dda. Caiff damcaniaeth brofadwy, ymarferol ei datblygu a bydd yn ystyried heterogenedd y gwasanaethau a ddarperir i bobl hŷn (mecanweithiau) mewn amrywiaeth eang o amgylchiadau diwylliannol, cymdeithasol ac economaidd (cyd-destun) er mwyn pennu 'beth' a gaiff ei ystyried yn arfer delfrydol neu'n arfer gorau er mwyn cyflawni'r canlyniadau dymunol sy'n deillio o integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol, sef byw'n annibynnol a lles.

Mae ail ran (ffurfiannol) yr adroddiad yn dadansoddi canlyniadau'r mecanweithiau a ddefnyddir i ddarparu gofal integredig mewn cyd-destunau gwahanol ledled Cymru. Mae'r adran hon yn edrych ar nifer o wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig a ddatblygwyd i bobl hŷn ledled Cymru er mwyn canfod 'pa' agwedd ar wasanaeth arbennig sy'n gweithio'n dda a 'phwy' sy'n cael y budd mwyaf o'r gwasanaeth. Defnyddir cyfweiliadau lled-strwythuredig ag arweinwyr gwasanaethau, rheolwyr, gweithwyr proffesiynol sy'n darparu gwasanaethau ac archwiliadau o ddata er mwyn casglu gwybodaeth am ble, sut a pham y caiff gwasanaethau eu darparu ac i bwy.

Mae'r dybiaeth sylfaenol fel a ganlyn:

1. credir bod modelau iechyd a gofal cymdeithasol lle ceir gwasanaethau integredig yn fwy buddiol o ran gwarchod annibyniaeth pobl hŷn o gymharu â gwasanaethau unigol;
2. mae byw'n annibynnol yn well i les pobl hŷn;

3. gall integreiddio gwasanaethau wella eu heffeithiolrwydd a'u heffeithlonrwydd, gan gynhyrchu'r un canlyniadau neu ganlyniadau gwell am gost is.

Yn fwy penodol, mae'r cyd-destun a'r mecanweithiau ar gyfer darparu gwasanaethau i bobl hŷn yn amrywio ledled Cymru a chanlyniad disgwyledig unrhyw ymyriad newydd gyda pherson hŷn yw y bydd yn hybu annibyniaeth a lles y person hwnnw gymaint â phosibl. Y canlyniad arall yw darparu gwasanaeth da mewn ffordd gost-effeithiol a, thrwy oblygiad, ymestyn y gwasanaeth hwnnw i ragor o bobl.

Bydd trydedd rhan (crynodol) y gwerthusiad yn dwyn ynghyd y ddamcaniaeth a'r arfer er mwyn awgrymu fframwaith i werthuso effaith darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig yn erbyn y canlyniadau dymunol, rhagosodedig, sef cost-effeithlonrwydd, effeithiolrwydd a budd; annibyniaeth a lles. Awgryma'r fframwaith gwerthuso hwn fod gwahaniaeth rhwng y gwrthffeithiol (absenoldeb model gwasanaeth integredig) a chanlyniadau model newydd o ddarparu gwasanaethau. Mae'r gwerthusiad yn ystyried canlyniadau gwirioneddol darparu gwasanaeth neu ymyriad, o gymharu â'r canlyniadau disgwyledig ac annisgwyl i'r defnyddiwr gwasanaeth a'r darparwr gwasanaeth. Bydd rhan olaf y gwerthusiad realistig yn llunio damcaniaeth wedi'i mireinio o ofal integredig sy'n ceisio esbonio pam bod agweddau ar gyd-destunau, mecanweithiau a chanlyniadau yn gweithio gyda'i gilydd mewn realiti yng Nghymru. Caiff adroddiad ar wahân ar y trydydd cam ei lunio yng nghanol 2014.

Cefndir

Yn 2011, comisiynodd Rhaglen Gwasanaethau Effeithiol i Grwpiau Agored i Niwed (ESVG) Grŵp Arwain y Gwasanaeth Cyhoeddus astudiaeth sylfaenol ansoddol i ffyrdd integredig o ddarparu gwasanaethau sy'n hybu annibyniaeth a lles. Cafodd yr astudiaeth, a gomisiynwyd er mwyn llywio cyfeiriad gwaith y Rhaglen ar 'Hybu Annibyniaeth', ei chynnal a'i chyhoeddi gan yr Asiantaeth Gwellu Gwasanaethau Cymdeithasol a'r Asiantaeth Genedlaethol Arwain ac Arloesi mewn Gofal Iechyd (AGGC/NLIAH) ym mis Mawrth 2011. Nododd dri

cham a fyddai'n rhoi hwb i faint a chyflymder y gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig a ddarperir i bobl hŷn yn eu cartrefi:

- yn gyntaf, galluogi a hwyluso trefniadau trosglwyddo dysgu parhaus rhwng modelau gwaith newydd;
- yn ail, helpu sefydliadau i fesur effaith eu dulliau o ddarparu gwasanaethau yn fwy effeithiol;
- yn drydydd, cysylltu ag adrannau'r llywodraeth fel AGGC ac NLIAH i gefnogi'r agweddau ar arfer da a nodwyd drwy'r astudiaeth.

Mewn ymateb i'r casgliadau hyn, a chan gydnabod pwysigrwydd mesur effaith a chostau, ceisiodd Llywodraeth Cymru arian gan y Bwrdd Strategaeth Technoleg ar gyfer Partneriaeth Trosglwyddo Gwybodaeth (KTP) dwy flynedd â Chanolfan Heneiddio Arloesol Prifysgol Abertawe. Recriwtiwyd Cyswllt academaidd o KTP ym mis Gorffennaf 2012 i gynllunio a gwneud gwaith ymchwil manwl ar integreiddio gwasanaethau i bobl hŷn, gan roi pwyslais penodol ar ffyrdd o asesu canlyniadau ac effeithiau ar y gwasanaethau a phobl hŷn. Y bwriad oedd mesur y canlyniadau hyn ar sail tri pharamedr, sef lles, annibyniaeth a chost.

Hybu byw'n annibynnol yw un o brif ffrydiau gwaith y rhaglen Gwasanaethau Effeithiol i Grwpiau Agored i Niwed (ESVG). Hefyd, y ddau baramedr y canolbwyntir arnynt, sef lles ac annibyniaeth, yw prif nodweddion camau llwyddiannus i weithredu'r polisi a'r strategaeth a nodwyd yn *Gosod y Cyfeiriad* (2009), *Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy* (2012) a'r *Bil Gwasanaethau Cymdeithasol a Lles* (2013). Mae agenda'r llywodraeth yn ysgogi camau i ddarparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig sy'n hyrwyddo annibyniaeth i bobl hŷn am gyfnod hirach. Prif nodau'r agenda hon yw darparu mwy o wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol yn agosach at y cartref ac yn y cartref er mwyn:

- cadw pobl hŷn nad oes angen gofal aciwt arnynt allan o leoliadau gofal aciwt, gan leihau'r defnydd amhriodol o welyau mewn ysbytai;

- sicrhau bod pobl hŷn yn cadw cysylltiad â'u cartref a'u cymuned, gyda'r nod o leihau'r posibilrwydd o ynysu ac unigedd;
- hyrwyddo perchenogaeth a rheolaeth dros anghenion gofal personol;
- creu diwylliant gofal annibynnol, nid dibynnol;
- darparu gofal cyfannol o'r cartref i'r ysbyty i ofal preswyl/yn y cartref;
- lleihau achosion o ddyblygu a chodi ymwybyddiaeth o wasanaethau a ddarperir ym mhob sector i unigolion hŷn;
- symleiddio gwasanaethau a gofal er mwyn diwallu anghenion unigol y person hŷn yn well;
- darparu gofal rhagweithiol yn ogystal ag adweithiol;
- lleihau costau gofal i bobl hŷn;
- ymateb i ddemograffeg newidiol poblogaeth sy'n heneiddio.

Nodwyd 13 o enghreifftiau o waith integredig yn astudiaeth wreiddiol AGGC/NLIAH, fel ffordd o ddarparu gwasanaethau effeithiol ac effeithlon o safon uchel i ddinasyddion hŷn a chymunedau gyda'r nod o'u helpu i barhau i fyw'n annibynnol a diogelu eu lles. Ar hyn o bryd, fodd bynnag, nid oes ffyrdd ffurfiol na chanlyniadau safonedig ar gael i fesur llwyddiant y gofal a ddarperir i ddefnyddwyr gwasanaethau unigol, hwylustod darparu gwasanaeth na chost darparu gwasanaeth amgen. Mae mesur llwyddiant gofal i bobl hŷn, y tu hwnt i'r model asesu meddygol sefydledig lle mae gofal yn gyfystyr ag iachâd, yn gymhleth. Yn y bôn, prif ddiben darparu gofal integredig yw gwella ansawdd gofal, gwella profiadau cleientiaid a gwneud gofal yn fwy cost-effeithiol. Y nodau hyn sy'n rhoi'r rhesymeg a'r sail dros fesur effaith gofal (Curry a Ham, 2010). Mae costio gofal yr un mor gymhleth ac mae'r ffaith nad oes digon o waith dadansoddi yn cael ei wneud o gostau cofnodedig ymyriadau yn peri pryder hefyd. Yn y pen draw, golyga hyn fod penderfyniadau am ddarparu gofal yn y dyfodol yn cael eu gwneud ar sail tystiolaeth gyfyngedig iawn o effeithiolrwydd neu gost-effeithlonrwydd modelau darparu gwasanaeth newydd.

Mae mesur buddiannau i ddefnyddwyr gwasanaethau yn dasg gymhleth ac yn dasg lle gellir gweld yr effeithiau amlochrog ac amlhaenog sy'n gysylltiedig â

delio â strwythurau sefydliadol. Mae'r strwythurau hyn yn dylanwadu'n fawr ar brofiad y defnyddiwr gwasanaeth, hwylustod y broses o ddarparu gwasanaeth (i'r staff a'r defnyddiwr gwasanaeth), y cyfyngiadau sydd ynghlwm wrth gostau gofal a pholisïau a strategaethau llywodraeth genedlaethol a dangosyddion perfformiad cenedlaethol. Mae'r haenau hyn o ddylanwad a chymhlethdod wedi'u categorio fel rhai macro (polisïau a strategaethau cenedlaethol), meso (ffactorau sefydliadol a phrosesau) a micro (darparu gwasanaethau a phrofiad y defnyddiwr terfynol), er mwyn gwahaniaethu'n glir rhwng rolau pob sector (Curry a Ham, 2010). Caiff y gwaith o werthuso iechyd a gofal cymdeithasol integredig ar gyfer y prosiect hwn ei lywio i raddau helaeth gan dair tybiaeth oblygedig, sy'n seiliedig ar waith NLIAH/AGGC ac Adroddiad Bolton (2011). Y tybiaethau hyn yw 1) y gall galluogi pobl hŷn i fyw'n annibynnol am gyfnodau hirach yn eu cartrefi eu hunain hybu a gwella lles; 2) bydd symleiddio gwasanaethau ar y tair lefel yn gwella effeithlonrwydd gwasanaethau, yn gwella rhai agweddau mwy 'meddal' ar ddarparu gwasanaethau, fel delio â chymhlethdod, ac yn gwella'r gallu i wneud penderfyniadau ac arwain; 3) bydd integreiddio gofal yn lleihau costau gofal. Tybir yn gyffredinol yr hoffai pobl hŷn aros yn eu cartrefi am gyhyd ag sy'n ymarferol bosibl a chredir bod hyn yn gwella eu lles.

2 Dull

Adolygiad realistig o lenyddiaeth ac adborth gan randdeiliaid ynghylch iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn.

Caiff tystiolaeth a gyrchwyd o amrywiaeth o lenyddiaeth ac ymchwil sylfaenol ymhlith gwasanaethau gofal integredig eu cyfuno a'u gwerthuso gan ddefnyddio'r fethodoleg sylfaenol a amlinellir mewn gwerthusiad realistig (e.e. Pawson, 2006, 2013; Pawson a Tilley, 1997, 2004, 2011). Mae gwerthuso realistig yn ddull o werthuso sy'n seiliedig ar ddamcaniaeth a'r nod yw llywio a chyfeirio camau i ddatblygu polisi ac arfer. Cynsail dulliau realistig yw bod rhaglenni/ymyriadau cymdeithasol yn seiliedig ar dybiaethau goblygedig a phenodol ynghylch sut y bydd rhaglenni (modelau gwasanaeth) yn gweithio.

Mae'r dull gwerthuso realistig yn gwneud mwy nag ateb cwestiynau am effeithiolrwydd ac effeithlonrwydd (beth sy'n gweithio a sut?) am fod y byd cymdeithasol, mewn gwirionedd, yn gymhleth. Mae holl ganlyniadau rhaglenni cymdeithasol a/neu iechyd yn ddibynnol ar y prosesau a ddefnyddir i ddarparu gwasanaethau a'u cyd-destun. Mae dulliau realistig yn ystyried y cymhlethdod hwn ac fe'u lluniwyd er mwyn helpu i ateb y cwestiwn 'beth sy'n gweithio, i bwy, o dan ba amgylchiadau, ym mha ffordd a sut?' Elfennau cysyniadol dulliau gwerthuso realistig yw:

- Mekanweithiau - y broses neu'r prosesau sy'n ymwneud â sut mae cyfranogwyr/y rhai sy'n cael budd o raglen yn ymateb i'r adnoddau a'r cyfleoedd a ddarperir gan y rhaglen;
- Cyd-destun - nodweddion yr amgylchedd gweithredu ac amodau sy'n berthnasol i lwyddiant y mecanweithiau hynny wrth gyflawni'r diben a fwriedir (ffafriol neu negyddol);
- Canlyniadau - canlyniadau bwriadol ac anfwriadol rhoi rhaglen ar waith, a all fod yn gymysg ac yn amlhaenog;
- Patrymau Cyd-destun-Mecanwaith-Canlyniad - modelau sy'n dangos sut y credir bod rhaglenni'n cyflawni'r canlyniadau a fwriedir (damcaniaethau rhaglenni, modelau rhesymeg a damcaniaethau newid (Paws a Tilley, 2011).

Yng nghyd-destun penodol iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn yng Nghymru, mae'n werth nodi nad yw arferion wedi'u seilio'n gyffredinol ar ddamcaniaethau empirig o'r hyn sy'n gweithio, sydd wedi'u datblygu a'u profi drwy werthusiadau trylwyr (ond mae'n sicr y defnyddiwyd tystiolaeth empirig wrth eu llunio). Yn hytrach, maent yn seiliedig ar dybiaethau goblygedig ynghylch sut bydd y 'model' gofal yn gweithio a sut bydd yn gwella ar yr hyn a oedd ar gael yn flaenorol. Y tybiaethau hyn y bydd y gwerthusiad hwn yn ceisio eu canfod, eu cymharu a'u cyferbynnu â'r dulliau sydd yn y damcaniaethau rhaglenni, sy'n cymharu modelau darparu gofal â'r ddamcaniaeth brofadwy o ofal integredig.

Am nad yw'r camau i integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru wedi'u seilio ar ddamcaniaethau penodol yn y gorffennol, ac am nad oes unrhyw ddamcaniaeth rhaglen unedig ar hyn o bryd, nid oes ffynonellau data na gwybodaeth parod ar gael er mwyn monitro gwasanaethau integredig yn eu herbyn. Mae hyn cyfyngu rhywfaint ar gryfder y dystiolaeth sydd ar gael i lunio barn ar effeithiolrwydd a datblygu'r damcaniaethau rhaglenni cychwynnol sy'n ymwneud â darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig yng Nghymru ac a fydd yn briodol i waith o'r fath.

Yn yr astudiaeth hon, cynhaliwyd cyfweiliadau ag ymarferwyr gofal integredig er mwyn casglu tystiolaeth wreiddiol o'u safbwyntiau ar ba fathau o ofal integredig sy'n gweithio mewn sefyllfaoedd gwahanol. Felly mae'r dystiolaeth wreiddiol hon, ynghyd â'r dystiolaeth o'r ffynonellau data eilaidd, yn hanfodol er mwyn cyfuno'r dystiolaeth, gan ei bod yn egluro'r safbwyntiau ynghylch arferion gofal integredig, yn hytrach na dibynnu ar fathau gwrthrychol o dystiolaeth yn unig. Mae'r ymchwil hon yn werthfawr am ei bod yn ystyried mewn ffordd systematig sut a pham bod gwasanaethau integredig yn gweithio, er mwyn ateb rhai o'r cwestiynau niferus y mae'n rhaid i lunwyr polisi eu hystyried cyn gwneud penderfyniadau ymarferol am y gwasanaethau a ddarperir yn y dyfodol (Greenhalgh, Wong, Westhorp a Pawson, 2011).

Mae'n bwysig nodi, ar y dechrau, er i'r astudiaeth hon gasglu safbwyntiau ymarferwyr ar y prosiectau neu'r gwasanaethau y maent yn rhan ohonynt, nid yw'r astudiaeth yn ceisio gwerthuso'r gwasanaethau/prosiectau hynny. Mae'n rhoi crynodebau ohonynt, ond diben y rhain yw llunio damcaniaeth gyffredinol o ddarparu gwasanaethau integredig. Wrth ddarllen a dehongli'r wybodaeth am bob un o'r prosiectau/gwasanaethau, dylid cofio bod y wybodaeth, mewn llawer o achosion, yn seiliedig ar un cyfweiliad ag un rhanddeiliad allweddol.

Mae tair rhan i'r adolygiad realistig o lenyddiaeth, y cam cyfuno tystiolaeth a'r gwerthusiad o lenyddiaeth a gwybodaeth rhanddeiliaid. Yn fras, adolygiad a gwerthusiad realistig o ddata eilaidd a gymerwyd o gyd-destun ehangach iechyd a gofal cymdeithasol a llenyddiaeth gofal integredig yw Cam 1, a fydd yn arwain at ddamcaniaeth brofadwy/gyffredinol o ofal integredig. Mae Cam 2

yn profi dilysrwydd a pherthnasedd y ddamcaniaeth gyffredinol, drwy gymharu tystiolaeth wreiddiol o wasanaethau gwirioneddol sy'n defnyddio mecanweithiau trawsnewid i gyflawni canlyniadau yng Nghymru. Mae'r dystiolaeth wreiddiol yn cynnwys safbwyntiau rhanddeiliaid ar drefnu a darparu gofal integredig yng Nghymru a chaiff y dystiolaeth hon ei threfnu ar ffurf set o ddamcaniaethau rhaglenni. Mae Cam 3 yn cyfuno ac yn gwerthuso'r damcaniaethau rhaglenni, o gymharu â'r ddamcaniaeth brofadwy ar y cysyniad o ofal integredig. Caiff y ddamcaniaeth ei mireinio er mwyn helpu i ddeall pa fecanweithiau gofal sy'n gweithio orau ac ym mha gyd-destun y gallent weithio er mwyn sicrhau canlyniadau da yng Nghymru.

Cam 1

Dadansoddwyd y llenyddiaeth a'r cyfweiliadau i ddeall sut mae gwasanaethau wedi datblygu, o'r hyn yr oeddent, i'r hyn y maent ar hyn o bryd a'r hyn y gallent fod yn y dyfodol, er mwyn darparu gofal integredig da i bobl hŷn yn y gymuned.

Yn gyntaf, ceisiwyd deall gwasanaethau integredig er mwyn:

- ⇒ egluro'r sefyllfa a'r cyd-destun ar gyfer darparu gwasanaethau er mwyn
 - ⇒ rheoli'r disgwyliadau ynghylch yr hyn sy'n debygol o ddigwydd; ac yn olaf
 - ⇒ datblygu a chymharu damcaniaethau rhaglenni (modelau darparu gwasanaeth) â'r ddamcaniaeth gyffredinol o beth y disgwylir iddo ddigwydd gan ddefnyddio model darparu gwasanaeth integredig cysyniadol (Gweler Ffigur 2 ar t36) a damcaniaeth gyffredinol o ofal integredig, sy'n nodi sut a beth sy'n gweithio i bwy, pam mae'n gweithio ac o dan ba amgylchiadau.

Yna caiff y ddamcaniaeth brofadwy ei phrofi a'i chymharu â'r dybiaeth y bydd integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol yn gwella gwasanaethau a phrofiad defnyddwyr gwasanaethau, gyda'r nod o hybu annibyniaeth a lles. Yna daw'r ddamcaniaeth gyffredinol brofadwy newydd yn:

Canlyniadau newydd	=	Mecanwaith newydd	+	Cyd-destun newydd
Byw'n annibynnol a lles		h.y. gwasanaeth ailalluogi		Darpariaeth iechyd a gofal cymdeithasol integredig gan amrywiaeth o weithwyr proffesiynol yn y gymuned, a gaiff ei rheoli gan un gwasanaeth

Yn fwy penodol:

Y mecanwaith ar gyfer integreiddio yw'r camau i ailstrwythuro gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol a'r prosesau sydd eu hangen i ddarparu gofal di-dor yn y gymuned. Y cyd-destun yw'r strategaethau a'r polisïau cenedlaethol sy'n galw ar iechyd a gofal cymdeithasol i ateb gofynion poblogaeth sy'n heneiddio yng Nghymru a'r angen i leihau cost y gofal a roddir i'r garfan gynyddol hon. Y cyd-destun gofal yw'r strategaethau a'r polisïau sy'n ysgogi gofal integredig, boed yn Genedlaethol (yn yr enghraifft hon, Cymru), yn rhanbarthol (e.e. gwledig neu drefol) neu'n sefydliadol (e.e. gwasanaethau o fewn bwrdd iechyd lleol neu awdurdod lleol). Mae'r cyd-destunau amrywiol yn debygol o effeithio ar gynllun y gwasanaeth a'r canlyniadau y dymunir eu cyflawni i ddefnyddiwr y gwasanaeth.

Canlyniad Dymunol	=	Mecanweithiau newydd	+	cyd-destun
Byw'n annibynnol a lles		Ailstrwythuro gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol Ailstrwythuro'r prosesau sydd eu hangen i ddarparu gofal di-dor yn y gymuned		Strategaeth genedlaethol Yr angen i ddiwallu anghenion poblogaeth sy'n heneiddio Yr angen i leihau'r gost o ofalu am y boblogaeth hon

Ar y cam hwn, mae'r ddealltwriaeth yn seiliedig ar ddamcaniaeth a'r canlyniadau dymunol y gobeithir eu cyflawni drwy gyflwyno gofal integredig.

Cam 2

Mae'r ail gam yn nealltwriaeth realydd yn defnyddio 'damcaniaethau newid cyffredinol' i ddeall y mecanweithiau sefydliadol a chymdeithasol sy'n trawsnewid canlyniadau. Caiff y mater o lunio gwerthusiad realistig o'r disgwyliadau ar gyfer y polisiau a'r rhaglenni cymdeithasol hyn ei drafod. Caiff enghreifftiau o ofal integredig eu gwerthuso gan ddefnyddio matrices cysyniadol yr ail gam mewn gwerthusiad realistig:

$$\text{Cyd-destun (C)} = \text{Mecanwaith (M)} + \text{Canlyniad (Ca)}$$

Bydd y gwerthusiad realistig yn profi'r ddamcaniaeth gyffredinol yn erbyn amgylchiadau gwirioneddol y gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig a ddarperir ledled Cymru. Ni fydd y rhaglenni gofal integredig yn cael 'canlyniadau' llwyddiannus oni bai bod y 'mecanweithiau' neu'r cyfleoedd a'r arferion cywir wedi'u cymhwyso'n briodol i amodau'r sefyllfa. Caiff y ddamcaniaeth brofadwy newydd ei gwerthuso yn erbyn damcaniaethau rhaglenni unigol pob gwasanaeth dan sylw gan ddefnyddio'r patrwm CMCa:

$$\text{ystyried y cyd-destun} + \text{mecanwaith darparu gwasanaeth} = \text{canlyniadau a gyflawnwyd}$$

O fewn y strwythur methodolegol hwn, ystyried y cyd-destun darparu gofal ar dair lefel - macro (strategaethau a pholisïau), meso (rheoli a gweinyddu) a micro (darparu gwasanaethau a defnyddwyr gwasanaethau) (gweler Tabl 1).

Tabl 1: Lefelau strwythur sefydliadol gydag enghreifftiau o Gyd-destun, Mecanweithiau a Chanlyniadau

	Cyd-destun	Mecanwaith	Canlyniad
Macro	strategaethau a pholisïau	cyfarwydddebau gan y llywodraeth	ailgynllunio sefydliadol
Meso	BILLau ac ALLau	Cyd-gyfarwyddwyr	Cynllunio gwasanaethau integredig
Micro	gwasanaethau ar wahân	tîm adnoddau cymunedol	gofal di-dor

Yn yr ystyr hwn, mae'r cyd-destun a'r math o ofal a ddarperir yn llywio'r penderfyniadau sy'n cael eu gwneud am sut i ddarparu gwasanaethau iechyd

a gofal cymdeithasol integredig. Yna caiff y mecanweithiau a'r prosesau a roddir ar waith er mwyn hwyluso newidiadau yn y ffordd y caiff gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol eu darparu i bobl hŷn eu hystyried ar sail canlyniadau'r ffyrdd newydd o weithiau. Cynhelir y gwerthusiad realistig er mwyn canfod beth sy'n gweithio, i bwy a pham, ac o dan ba amgylchiadau?

Gweithdrefn

Cynhaliwyd chwiliad o lenyddiaeth ar ofal integredig. Dim ond llenyddiaeth o 2008 ymlaen a ddefnyddiwyd, gan fod ymchwil hŷn wedi dyddio yn sgil maint a chyflymder y datblygiadau ym maes gwasanaethau integredig. Defnyddiwyd cronfeydd data Gwyddorau Cymdeithasol ochr yn ochr â gwefannau Llywodraeth Cymru, Lloegr, yr Alban a Gogledd Iwerddon, Llyfrgell The King's Fund, cyhoeddiadau Nuffield, yr Adran Iechyd, y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol (NICE) a gwefan yr Uned Ymchwil Gwyddorau Cymdeithasol a Phersonol (PSSRU), ynghyd â dolenni cysylltiedig.

Defnyddiwyd cyfuniad o'r termau chwilio canlynol:

'evaluation/impact/assessment of integrat*/intermediate/co-ordinated/joint commissioning health AND social care for older people'. Nid ystyriwyd gwybodaeth os mai dim ond un model iechyd neu ofal cymdeithasol a ddisgrifiwyd; ystyriwyd gwybodaeth os oedd y modelau darparu gofal yn defnyddio gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol, yn gwerthuso gwasanaethau mewn rhyw ffordd ac yn ymwneud â gofal pobl hŷn. Defnyddiwyd llenyddiaeth anfasnachol ac adnoddau olrhain cyfeiriadau er mwyn cwblhau'r chwiliad hefyd.

Defnyddiwyd yr adolygiad o lenyddiaeth er mwyn diffinio darpariaeth gofal integredig a chanfod cysyniadau damcaniaethol sy'n gysylltiedig â darparu gofal integredig i bobl hŷn. Edrychodd yr adolygiad yn benodol ar: y cyd-destunau gwahanol ar gyfer darparu gofal integredig yn genedlaethol ac yn fwy penodol yng Nghymru; y mecanweithiau gwahanol a ddefnyddir i ddarparu gofal integredig; a'r canlyniadau disgwylidig a'r canlyniadau a welwyd. Yna cafodd y dystiolaeth ei gwerthuso a'i chyfuno i lunio damcaniaeth brofadwy gyffredinol o ofal integredig.

Cyfranogwyr a'r Weithdrefn

Defnyddiodd y gwerthusiad realistig adborth gan randdeiliaid fel prif ddata i lywio datblygiad y ddamcaniaeth. Cafodd darpar gyfweledigion eu recriwtio o blith y cyfranwyr gwreiddiol i adroddiad AGGC/NLIAH yn 2011.

Ar ôl cael cymeradwyaeth foesegol, cynhaliwyd 28 o gyfweiliadau lled-strwythuredig, manwl â gweithwyr proffesiynol sy'n trefnu neu'n darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig.

Ailedrychwyd ar y 13 o brosiectau a gafodd eu cynnwys yn yr adroddiad. Roedd y prosiectau'n gynrychioliadol o'r amrywiaeth eang o fecanweithiau a ddefnyddir i ddarparu gofal integredig mewn amrywiaeth o leoliadau BILI, ALI a thrydydd sector. At hynny, cynhaliwyd cyfweiliadau eraill ag ymarferwyr mewn lleoliadau ymarfer meddygol ac aciwt. Cysylltwyd â'r 18 o unigolion a gafodd eu cyfweld yn wreiddiol er mwyn sicrhau eu cydweithrediad i gymryd rhan mewn cyfweiliad dilynol. Ymatebodd deg ohonynt. Rhoddodd y rheini nad oeddent yn yr un swyddi mwyach fanylion cyswllt unigolyn priodol arall i'w gyfweld. Cynhaliwyd deg cyfweiliad ag arweinwyr strategol gan ddefnyddio amserlen y cyfweiliadau lled-strwythuredig a nodir yn adroddiad AGGC/NLIAH (2011: t. 53). Canolbwyntiai'r cwestiynau ar bum thema allweddol: cefndir; canlyniadau; effaith; arweinyddiaeth a chymorth; a'r dyfodol. Ni allai pob ymatebydd fynd i'r afael yn fanwl â rhai o'r themâu allweddol hyn. Swyddi strategol oedd gan rai o'r ymatebwyr a olygai nad oeddent yn ddigon cyfarwydd â gwaith rheng flaen na phrosesau darparu gofal. Yn yr achosion hyn, cyfeiriodd yr ymatebwyr at gydweithwyr a oedd mewn sefyllfa well i roi gwybodaeth benodol am y gwasanaethau a ddarperir. Yn dilyn hyn, cynhaliwyd 18 o gyfweiliadau lled-strwythuredig eraill â rheolwyr a gweithwyr gwasanaeth proffesiynol o'r saith bwrdd iechyd, detholiad o'r 22 o awdurdodau lleol a sefydliadau yn y trydydd sector a gynrychiolai wahanol fathau o ofal a ddarperir mewn lleoliadau ac ardaloedd gwahanol.

Cysylltwyd â phob cyfrannwr drwy e-bost. Ar ôl cael ymateb cadarnhaol a chaniatâd, cysylltwyd â'r cyfranwyr dros y ffôn er mwyn trefnu amser cyfleus i gynnal cyfweiliad wyneb yn wyneb neu dros y ffôn. Anfonwyd copi o

adroddiad gwreiddiol AGGC/NLIAH a'r rhestr o gwestiynau at y cyfranwyr. Gofynnwyd am ganiatâd i recordio a thrawsgrifio pob cyfweiliad. Roedd y cyfweiliadau wedi para hyd at awr yr un a diolchwyd i bob un a rhoddwyd crynodeb iddynt o nodau ac amcanion yr astudiaeth.

Yna defnyddiwyd y cyfweiliadau fel ffynhonnell o dystiolaeth ar gyfer y gwerthusiad realistig, i'w chyfuno â'r dystiolaeth a gasglwyd o'r adolygiad o lenyddiaeth, er mwyn canfod beth oedd yn gweithio i bwy, pam ei fod yn gweithio (neu nad oedd yn gweithio), sut roedd yn gweithio ac o dan ba amgylchiadau y credwyd y cafodd gofal integredig effeithiol ei ddarparu. Cynhaliwyd y gwerthusiad realistig er mwyn canfod, ar sail profiadau pobl, feysydd o arfer da a meysydd o arfer a oedd yn llai cynhyrchiol ac effeithiol ac yn creu rhwystrau i ddarparu gwasanaethau. Gellir defnyddio gwerthusiadau pellach o effeithiolrwydd ac effaith y gofal a ddarperir er mwyn canfod a yw ffyrdd newydd o weithio integredig yn llwyddiannus ar lefel strategol genedlaethol sy'n anelu at hybu annibyniaeth a lles ymhlith poblogaeth hŷn Cymru.

3 Canlyniadau: Rhan 1

Darparu gwasanaethau integredig

Prin iawn y mae pobl yn mynd at wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol â dim ond un pryder. Mae gan y rhan fwyaf fwy nag un pryder sy'n golygu y caiff eu hanghenion eu diwallu gan amrywiaeth o weithwyr proffesiynol o sawl sefydliad cyhoeddus, preifat a gwirfoddol. 'Put simply, people do not live their lives according to the categories we create in our welfare services' (Dickinson, 2008. t. xiii). Felly, er mwyn darparu gofal effeithiol sydd wedi'i deilwra i'r unigolyn, bydd y rhan fwyaf o ymarferwyr yn gweithio ar draws sectorau a phroffesiynau. Mae Leutz (1999) yn ei 'Laws of organisational integration' wedi disgrifio sut mae ymarferwyr yn gweithio ar draws sectorau ar ffurf tri model darparu gwasanaeth, sef cysylltu, cydgysylltu ac integreiddio llawn.

Trosodd Goodman et al. (2012) ddamcaniaeth Leutz yn fodelau arfer gan ddisgrifio sut mae gwaith rhyngbroffesiynol yn digwydd drwy gydweithio, rheoli achosion unigol a gwaith tîm integredig. Ni ddaeth gwerthusiad o'r tri dull o weithio, er mwyn pennu pa un oedd fwyaf effeithiol o ran darparu gwasanaethau, pa un oedd fwyaf effeithiol i'r defnyddiwr terfynol a pha un oedd fwyaf cost-effeithlon, i gasgliad pendant. Fodd bynnag, roedd rhai nodweddion allweddol o brosesau darparu gwasanaethau effeithiol i bobl hŷn ag anghenion gofal cymhleth yn y gymuned yn gwneud gwahaniaeth i'r defnyddiwr gwasanaeth, sef: parhad o ran gofal gyda gweithiwr allweddol; gofal sy'n seiliedig ar gydberthynas gyda'r claf/defnyddiwr gwasanaeth a'r teulu/gofalwr (gofalwyr); adolygiadau ar y cyd; cysylltiadau da â gofal sylfaenol; a gofal ymatebol mewn argyfyngau.

Ceisiodd Pearson, Hunt, Cooper, Sheppard, Pawson ac Anderson (2013) ganfod pryd, sut ac i bwy roedd gwasanaethau integredig/canolraddol yn gweithio orau. Gwnaethant awgrymu, ar lefel sefydliadol, y caiff arferion gweithio effeithiol eu hwyluso drwy wneud penderfyniadau ar y cyd â'r defnyddiwr gwasanaeth ar ofal cydgysylltiedig. Ystyriwyd bod gweithwyr proffesiynol yn hollbwysig i ddarparu gwasanaethau effeithiol drwy feithrin cydberthnasau â'r defnyddiwr gwasanaeth, gwybodaeth ac ystyr i'r gofal, a ganolbwyntiai ar nodau tymor hwy gofal yn hytrach na chyfyngu gofal i ganlyniadau gweithredol cadarnhaol.

Y cyd-destunau ar gyfer darparu'r gofal mwyaf cost-effeithiol yn y cartref oedd:

- Pan roedd pobl yn cael eu hatgyfeirio o ofal yn y cartref a gofal preswyl ac nid pan roeddent yn cael eu rhyddhau o'r ysbyty;
- Roedd gwasanaethau yn gost-effeithiol pan roeddent yn gweithio yn unol â'u gallu ac adnoddau llawn;
- Pobl ag anghenion gofal cymhleth, a'r rhai a oedd yn byw ar eu pen eu hunain a oedd yn cael y budd mwyaf o wasanaethau gofal canolraddol, ond mae'n naturiol bod costau cyffredinol uwch yn gysylltiedig â'r

cyflyrau hyn o gymharu â defnyddwyr gwasanaethau eraill a rhai mathau tebyg o ofal, megis derbyniadau aciwt.

Awgryma Pearson et al. (2013) fod gofal priodol a ddarperir yn y lleoliad priodol yn gost-effeithiol. Roedd cyflyrau cymhleth a chronig a gâi eu trin gan wasanaethau gofal canolraddol yn y cartref ychydig yn ddrutach na gofal cleifion mewnol yn yr ysbyty (Pearson et al., 2013, t96, 101). Fodd bynnag, roedd gwasanaethau gofal canolraddol, ar y cyfan, naill ai'n costio tua'r un faint neu'n llai na llwybrau gofal preswyl neu aciwt traddodiadol. At hynny, disgrifiodd Dickinson et al. (2013) brif nodweddion a gwerth darparu gwasanaethau integredig, gan awgrymu eu bod yn 'gysyniad fframio' ac yn becyn i ddarparu gofal sy'n gynhenid dda, h.y. gofal sy'n cael ei roi yn y lle cywir ar yr adeg gywir i'r person cywir. Felly, caiff gofal integredig ei ystyried yn aml yn gyfrwng priodol i ailstrwythuro gwasanaethau er mwyn darparu 'gofal da'.

Fel y cyfryw, ymddengys fod parodrwydd i dderbyn newidiadau drwy gefnogaeth staff sy'n hanfodol er mwyn ysgogi a hyrwyddo modelau gofal newydd. Mae'r ffocws strategol a 'siâp' gofal yn ystyried mai'r cartref yw'r canolbwynt emosiynol, seicolegol ac ymarferol ar gyfer gofal a chymorth, i'r defnyddiwr gwasanaeth a'r sawl sy'n rhoi'r gofal. Felly ystyrir mai'r cartref yw'r llwyfan i ddarparu gofal cyfannol y gellir ei ddisgrifio yn ofal "bio-seicogymdeithasol" a ddiffinnir gan y defnyddiwr gwasanaeth ar y cyd ag unigolion eraill sy'n agos iddo a gweithwyr iechyd a gofal cymdeithasol proffesiynol (adroddiad Tŷ'r Arglwyddi, *Ready for Ageing*, Mawrth, 2013). Mae adroddiad *Ready for Ageing* yn pwysleisio'r angen i ganolbwyntio mwy ar atal, gwneud diagnosis cynnar, ymyrryd a rheoli cyflyrau hirdymor a chymhleth ymhlith pobl hŷn. Mae'r adroddiad yn tynnu sylw at yr angen i ddarparu gofal cydgysylltiedig sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn ac mae'n datgan y dylai'r llywodraeth lunio amlinelliaid a fframwaith ar gyfer darparu gofal integredig sy'n galluogi'r person hŷn i gyfrannu at benderfyniadau gofal a hunanreoli ei gyflwr a'i sefyllfa.

Cafodd y rhwystrau i integreiddio gofal eu hamlinellu'n glir gan Goodwin et al. (2012) o'r King's Fund, a geisiodd egluro gofal integredig fel ffyrdd gwell o ddarparu gofal cydgysylltiedig i bobl â chyflyrau iechyd cymhleth a lluosog. Maent yn awgrymu y gall y rhwystrau systematig i integreiddio gofal fod yn gysylltiedig â rhai nodweddion polisi a nodweddion sefydliadol:

- Wrth gomisiynu gofal, gellir dadlau bod angen cymhellion cryfach i annog gofal cydweithredol er mwyn mynd i'r afael â darpariaeth dameidiog a dyblygu;
- Mae diwylliant y GIG yn canolbwyntio ar fesur perfformiad sefydliadol a gweithredol ac nid perfformiad ar draws sefydliadau a systemau;
- Absenoldeb fframwaith canlyniadau unigol i hyrwyddo atebolrwydd ar y cyd;
- Ystyrir yn aml fod diwylliant y GIG wedi'i seilio ar ganiatâd neu osgoi risg, sy'n cyfyngu ar gamau i ddatblygu gwasanaethau;
- Y rhaniad rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd yn y GIG;
- Cyfyngiadau o ran amser ac adnoddau;
- Absenoldeb cofnodion electronig cadarn a rennir.

Mae goresgyn y rhwystrau i integreiddio gofal a throï'r rhethreg yn realiti wedi bod yn broses hir. Mae'r gwerthusiad cenedlaethol o waith partneriaeth gyda phobl hŷn yn Lloegr (Yr Uned Ymchwil Gwasanaethau Cymdeithasol Personol (PSSRU), 2009) ac adroddiad cynnydd RAND Europe ac Ernst & Young (2010) ill dau yn tynnu sylw at amrywiaeth a chymhlethdod y gwasanaethau gwahanol a ddatblygwyd i ddiwallu anghenion gofal lleol, er gwaethaf y rhwystrau uchod. Er bod nodweddion sy'n gyffredin i'r rhan fwyaf o fodelau darparu gofal, mae'r diffyg cysondeb ymhlith modelau gofal integredig yn awgrymu nad yw un model yn addas i bob sefyllfa. Golyga hyn fod y cwestiynau "beth yw gofal integredig?" a "beth yw'r achos dros ei ddarparu?" yn berthnasol iawn i'r gwerthusiad hwn.

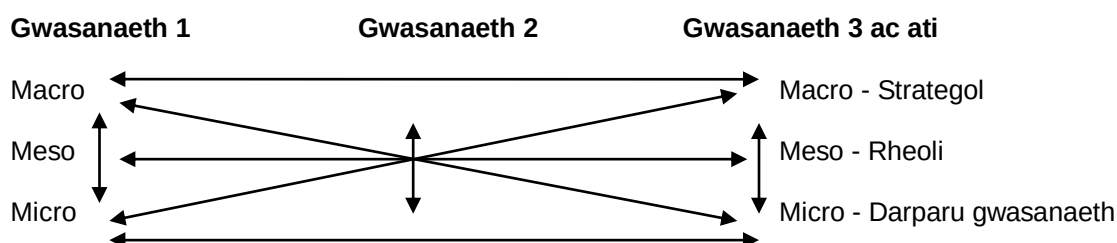
Fframweithiau cysyniadol a damcaniaethol o ofal integredig

Ceir sawl diffiniad o ofal integredig a cheir mwy fyth o ffyrdd o ddarparu gwasanaethau integredig. Defnyddiwyd y term 'gofal integredig' i ddisgrifio continwwm o weithgareddau sy'n amrywio o'r gwasanaethau iechyd sydd ar gael drwy gyfleuster gofal dydd tebyg i 'siop un stop' sy'n gweithio o fewn model gofal cymdeithasol, i gomisiynu gwasanaethau ar y cyd, cyllidebau ar y cyd a rheoli ar y cyd. Weithiau defnyddir y term darparu gwasanaethau 'integredig' i ddisgrifio'r hyn y gellid ei alw'n syml yn waith partneriaeth. Ystyrir bod strwythurau atgyfeirio sengl, prosesau asesu sengl a phwyntiau mynediad sengl at wybodaeth yn strwythurau gweithredol pwysig er mwyn integreiddio gwasanaethau iechyd a gwasanaethau cymdeithasol. Diffiniad ymarferol defnyddiol o ofal integredig, at ddibenion y gwerthusiad hwn, yw:

A single system of needs assessment, commissioning, and/or service provision that aims to promote alignment and collaboration between the care and the cure sectors (Ham, 2008).

Gellir gweld bod modd integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol mewn tair ffordd wahanol ac ar dair lefel wahanol (Curry a Ham, 2010). Mewn ffurf tri wrth dri, mae integreiddio fertigol yn cyfeirio at integreiddio rhwng lefelau strategol (macro), rheoli (meso) a darparu (micro) (gweler Ffigur 1). Mae integreiddio llorweddol yn cyfeirio at integreiddio un neu fwy o wasanaethau ar y tair lefel a gellid seilio'r fath gamau integreiddio ar gydberthnasau gwaith da rhwng gwasanaethau, gwaith cydgysylltiedig ac iechyd a gofal cymdeithasol cyfannol. Prin iawn yr ystyriwyd integreiddio lletraws, ond mae cydberthnasau rhwng gwasanaethau, ac ar bob lefel o fewn gwasanaethau, yn hollbwysig er mwyn galluogi rheolwyr ac ymarferwyr i ddeall sut y caiff gofal ei ddarparu a'i drefnu rhwng gwasanaethau.

Ffigur 1: Sut mae gwasanaethau'n rhyngweithio ar bob lefel sefydliadol



Fodd bynnag, gwelwyd bod **intragreiddio**, hynny yw, integreiddio fertigol a llorweddol o fewn gwasanaeth, yn her wrth ddarparu gwasanaethau (er enghraifft, atgyfeiriadau a wneir rhwng arbenigwyr ac arferion atgyfeirio rhwng gofal iechyd yn y gymuned, gofal iechyd sylfaenol a gofal iechyd eilaidd). O dan rai amgylchiadau, ni chaiff gofal ei atgyfeirio mewn ffordd ddi-dor, yn enwedig ar y camau pontio rhwng atgyfeiriadau gweithwyr proffesiynol ac atgyfeiriadau gwasanaeth.

Bydd adran nesaf yr adroddiad yn ystyried y llenyddiaeth gyhoeddedig sydd wedi disgrifio'r achos dros integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol yn genedlaethol (Prydain) ac yn lleol (Cymru). Mae'r ymateb cenedlaethol i ddarparu gofal wedi canolbwyntio, a gellir dadlau ei fod yn dal i ganolbwyntio, ar y boblogaeth sy'n heneiddio a'r cynnydd mewn achosion o gyflyrau iechyd cronig ac anghenion gofal lluosog, cymhleth. Mae'r adran ganlynol yn disgrifio modelau gofal integredig. Defnyddir y modelau hyn fel sail dystiolaeth i ddatblygu model cysyniadol o ofal integredig. Caiff y model hwn ei ddefnyddio fel damcaniaeth brofadwy o arfer gorau. Yna caiff modelau darparu gofal integredig yng Nghymru eu cymharu â'r model gofal profadwy.

Y cyd-destun cenedlaethol ym Mhrydain

Mewn ymateb i'r pryderon cynyddol ynghylch y twf yn y boblogaeth sy'n heneiddio ym Mhrydain, cyfeiriodd y *Comisiwn Ansawdd Gofal* (2011) at y prif welliannau y mae angen eu gwneud i wasanaethau a ddarperir i unigolion hŷn ac eiddil. Mae adroddiad *Delivering Dignity* (2013) yn gwneud nifer o argymhellion er mwyn gwella gofal. Yn benodol, nodwyd nad oedd gofal yn cael ei gydgyssylltu'n ddigonol a dywedwyd bod hyn yn peri rhwystredigaeth fawr i gleifion, defnyddwyr gwasanaethau a gofalwyr. Mae angen gwneud

diwygiadau mawr i fynd i'r afael ag ansawdd iechyd a gofal cymdeithasol. Dywedir bod methiannau systemig yn y gofal a roddir i bobl â mwy nag un cyflwr, y mae angen gofal cydgysylltiedig arnynt, yn cryfhau'r achos dros ddarparu gofal integredig, fel polisi cenedlaethol ac wrth ailgynllunio a darparu gofal lleol (Goodwin et al., 2012 t 3) gan roi pwyslais ar weithredu.

Yn ogystal â'r heriau a welir yn sgil y cynnydd yn y boblogaeth sy'n heneiddio, cafwyd ymateb rhyngwladol i'r her o ddarparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol i gynulleidfa ehangach a mwy amrywiol, o dan amgylchiadau ariannol digynsail a gododd yn sgil y dirwasgiad(au). Yn erbyn y cyd-destun penodol hwn, pennodd The King's Fund (Ham a Walsh, 2013) sawl ystyriaeth bwysig ar gyfer datblygu gwasanaethau gofal integredig lleol. Mae'r pwyntiau hyn yn seiliedig ar 'naratifau cyffredin'; gweledigaeth a nodau gyda threfniadau arwain/llywodraethu ar y cyd ac adnoddau cyfun; gwybodaeth, a ategir gan gefnogaeth i greadigrwydd; a'r gallu i ddarparu gwasanaethau ymatebol sydd wedi'u teilwra yn hytrach na gwasanaethau cyfarwyddol. Bernir 'llwyddiant' gwasanaeth yn gyffredinol drwy asesu mesurau allbwn a thargedau. Caiff allbynnau eu gwerthuso'n gyson er mwyn asesu a ydynt yn cyflawni amcanion gwasanaethau ac a ydynt yn gost-ffeithiol. Ar y cyfan, nid yw'r gwerthusiadau sydd ar gael yn asesu effaith y gwasanaeth ar y sawl sy'n ei ddefnyddio. Felly, ni ddefnyddiwyd dealltwriaeth fanwl o'r agwedd hon pan gynlluniwyd y rhan fwyaf o wasanaethau a dibynnwyd yn lle hynny ar fesurau allbwn er mwyn asesu effaith. Mae'r mesur perfformiad ar gyfer marwolaethau a rhyddhau cleifion o'r ysbyty yn dangos yr anghydnawsedd sydd ynghlwm wrth ddefnyddio allbynnau fel mesurau annibynnol. Mae'r mesur allbwn yn cofnodi'n fanwl faint o bobl sy'n gadael yr ysbyty, ond mae'r canlyniad i'r claf ar un pegwn neu'r llall - bydd yn gadael yr ysbyty yn fyw neu'n farw.

Yn nes at adref, honnodd y *Prosiect Partneriaethau i Bobl Hŷn* (POPP), a dreialwyd mewn 29 o awdurdodau lleol yn Lloegr, fod y modelau darparu gwasanaeth amrywiol wedi arbed cannoedd ar filoedd o bunnoedd, yn amrywio o £0.80 i £1.60 am bob £1 a fuddsoddwyd mewn peilot POPP. Dywedwyd y llwyddwyd i arbed £2,166 y pen yn sgil y lleihad yn nifer yr

apwyntiadau cleifion allanol. Hefyd, honnodd gwerthusiadau gan PSSRU (2009) o'r prosiectau hyn fod ansawdd bywyd cysylltiedig ag iechyd ymhlith pobl a oedd wedi derbyn gwasanaethau POPP ar ôl ymyriadau trydyddol, wedi gwella 2-25%. Fodd bynnag, roedd y ffigurau hyn yn debyg i Ansawdd Bywyd Cysylltiedig ag Iechyd y deiliad tŷ hŷn cyffredin ym Mhrydain. Ariannwyd mentrau POPP gan yr Adran Iechyd ac fe'u harweiniwyd a'u trefnwyd gan y sector iechyd, gan ddefnyddio timau amlasiantaethol ac amlddisgyblaethol. Roedd 'integreiddio' yn yr enghraifft hon yn debycach i gydweithio, gan ddefnyddio strwythurau cydweithredol a rhithwir er mwyn annog gwaith ar draws sectorau. Mae mentrau POPP yn enghreifftiau o integreiddio o'r gwaelod i fyny, lle caiff gofal ei integreiddio ar lefel y defnyddwyr gwasanaeth a'r lefel ddarparu (y lefel ofal micro). Gwelwyd bod integreiddio o'r gwaelod i fyny yn hollbwysig er mwyn sicrhau gwasanaethau effeithlon a gwneud arbedion, gan fod 'màs critigol' o ddefnydd gwasanaeth sy'n arwain at arbed costau. Awgryma ffigurau PSSRU nad oedd ychydig dros un o bob deg o'r prosiectau yn gost-effeithiol o gymharu â'r llwybrau gofal a'u rhagflaenodd. Hefyd, er y gwelwyd lleihad mewn costau, yn enwedig ar gyfer y prosiectau a ganolbwyntiodd ar ryddhau cleifion o'r ysbyty, nodwyd mai prin oedd yr effaith ar y cyllidebau rhwng iechyd a gofal cymdeithasol, oherwydd ni chafwyd y ceisiadau am arian rhwng awdurdodau lleol, prosiectau gofal iechyd sylfaenol nac eilaidd. Er bod integreiddio ar lefel micro wedi lleihau costau, awgryma'r dystiolaeth na chaiff yr arbedion costau hyn eu cyflawni'n ymarferol oni bai bod strwythurau a strategaethau ar waith ar lefelau meso a macro.

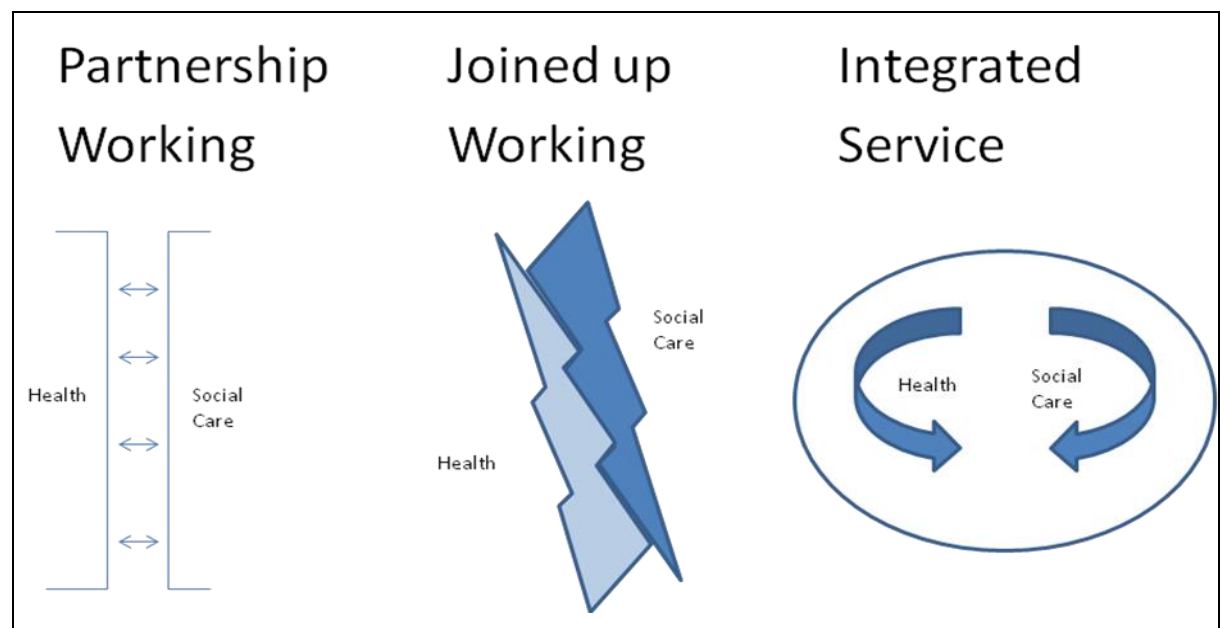
Mae Ymddiriedolaeth Gofal Torbay, a sefydlwyd yn 2005, yn un enghraifft lle cafodd gwasanaethau gofal integredig eu datblygu o'r gwaelod i fyny. Yn seiliedig ar weledigaeth gyffredin o ofal sy'n canolbwyntio ar y claf, awgryma'r dystiolaeth fod tair ffactor yn hollbwysig er mwyn datblygu gwasanaethau llwyddiannus: rôl ganolog meddygon teulu wrth ddarparu gofal yn y gymuned; penodi cydgysylltwyr iechyd a gofal cymdeithasol; a phwyslais cychwynnol ar ddarparu gwasanaethau wrth eu hailgynllunio (newidiadau ar lefel micro i brosesau darparu gofal). Rhannwyd y gwaith o ddatblygu gwasanaethau integredig yn Torbay yn gamau; y cam cyntaf oedd sicrhau ymrwymiad staff

ar bob lefel a gwasanaethau iechyd sylfaenol, eilaidd a chymdeithasol. Yr ail gam oedd penodi cydgysylltwyr gofal, i weithio'n uniongyrchol gyda gweithwyr iechyd a gwaith cymdeithasol proffesiynol cysylltiedig. Y trydydd cam oedd rhannu data - rhwng systemau TG i ddechrau, yna drwy un system y gallai pob gweithiwr cyswllt ei defnyddio. Y pedwerydd cam oedd cydnabod mai drwy sicrhau sefydlogrwydd staffio a chadw staff, a oedd yn rheoli gwasanaethau rheng flaen yn uniongyrchol, y gellid gwneud newidiadau. Mae newidiadau lefel meso sy'n digwydd yn ddiweddarach wrth ailgynllunio gwasanaethau a rheolaeth a chyfarwyddyd ar lefel macro yn cael llai o effaith ar ddarparu gwasanaethau gofal integredig.

I roi gofal yn ei gyd-destun, mae Torbay yn ardal drefol/wledig gymysg, gymharol fach gyda thair tref fawr a phoblogaeth o bobl hŷn sy'n hŷn na'r oedran cyfartalog, nad oes gan lawer ohonynt rwydweithiau gofal teulu estynedig lleol. Tua 2003, roedd y gwasanaeth iechyd yn cael ei ailstrwythuro ac roedd cyngor Torbay, gan gynnwys ei wasanaethau cymdeithasol, yn cael trafferthion perfformio ar lefel Genedlaethol. Rheolwyd timau gofal yn y gymuned yn wreiddiol gan wasanaethau iechyd drwy rwydwaith o feddygon teulu a chydberthnasau gwaith agos â gweithiwr cymdeithasol. Roedd y cyd-destun darparu gofal gwreiddiol yn debyg i waith partneriaeth, a ddangosir ar ffurf diagram yn Ffigur 2 ar y dudalen nesaf. Yn dilyn sefydlu'r ymddiriedolaeth gofal sylfaenol, daethpwyd ag iechyd yn y gymuned ynghyd drwy gydberthnasau gwaith ar y cyd rhwng iechyd a gofal cymdeithasol ac, ar hyn o bryd, drwy Ymddiriedolaeth Gofal Torbay. Mae bellach yn gweithredu gan ddefnyddio model gofal cwbl integredig. Mae effaith y gwasanaethau ar y gofal a gaiff y defnyddiwr gwasanaeth wedi cael ei mesur gan ddefnyddio mesurau canlyniadau, fel y cynnydd yn y ddarpariaeth gofal cymdeithasol i bobl dros 65 oed a'r lleihad yn nifer y diwrnodau gwely annewisol ymhlith rhai dros 65 oed. Ni chaiff canlyniadau personol eu cynnwys. Bellach, mae angen trosi'r buddiannau o ran costau i'r defnyddiwr gwasanaeth yn arbedion ariannol gwirioneddol. Mae angen i'r arbedion effeithlonrwydd a wneir drwy integreiddio gofal arwain at leihau costau gofal, ac mae angen gallu gweld y lleihad hwn yn y cyllidebau yn erbyn y buddsoddiadau cychwynnol o £2 filiwn. Efallai y bydd sicrhau arbedion amser real yn dal i fod yn anodd, gan y bydd

lefelau angen sylfaenol yn cynyddu wrth i'r boblogaeth heneiddio. Efallai bod a wnelo gofal integredig mwy â rheoli costau, yn hytrach na'u lleihau, drwy leihau'r costau darparu gofal y pen (Thistlewaite, 2011).

Ffigur 2: Modelau o'r mathau o drefniadau gweithio ym maes iechyd a gofal cymdeithasol sy'n dangos y newidiadau y mae angen eu gwneud er mwyn gweithio mewn ffordd gwbl integredig



Partnership Working – Gwaith Partneriaeth

Joined up Working – Gwaith Cydlynol

Integrated Service – Gwasanaeth Integredig

Health – Iechyd

Social Care – Gofal Cymdeithasol

Mae enghraifft arall o weithio integredig llwyddiannus ym maes iechyd a gofal cymdeithasol i'w gweld yn Salford (Syson a Bond 2010). Mae'r cyd-destun ar gyfer datblygu gofal integredig yn Salford yn wahanol iawn i gyd-destun Torbay, ond eto i gyd mae nodweddion tebyg pwysig sy'n sail i'r llwyddiant a brofwyd wrth ddarparu gofal. Roedd gan y ddinas fawr ac amrywiol hon, sydd i'r gorllewin o Fanceinion, hanes o weithio integredig drwy gefnogi grwpiau agored i niwed yr oedd angen gofal canolraddol arnynt. Yn 2005, ymatebodd Salford i'r Strategaeth Lles ar gyfer Pobl Hŷn gan dreialu tîm iechyd a gofal cymdeithasol integredig, yn benodol er mwyn diwallu anghenion y boblogaeth

hŷn. Gweithiodd Cyngor Dinas Salford ac Ymddiriedolaeth Gofal Sylfaenol Salford gyda'i gilydd i gefnogi pobl hŷn, drwy neilltuo timau seiliedig ar ymarfer i weithio o fewn clystyrau meddygon teulu. Y prif debygrwydd â Torbay oedd bod gwasanaethau wedi cael eu rhoi ar waith o'r gwaelod i fyny a bod meddygon teulu wedi chwarae rhan flaenllaw. Aeth y peilot yn Salford ati ar unwaith i sefydlu model darparu gofal integredig system gyfan (gweler Ffigur 2) gan ddefnyddio un rheolwr; cydleoli staff a oedd yn gweithio o fewn clystyrau meddygon teulu lleol; a defnyddio un pwynt mynediad ac asesu ar gyfer atgyfeiriadau a rhannu systemau TG. Dywedwyd mai canlyniadau dymunol y ffordd newydd o weithio fyddai mynediad symlach a chyflymach at wasanaethau; prosesau mwy effeithlon; profiadau gwell i ddefnyddwyr gwasanaethau; lleihad mewn derbyniadau i ysbytai a hyd cyfnodau yn yr ysbyty; a dysgu ymhlith staff. Yn ôl y gwerthusiad ansoddol yn bennaf o'r peilot (Syson a Bond 2010), roedd y gwasanaethau gwell yn diwallu anghenion y defnyddwyr gwasanaethau a chofnodwyd cyfradd foddhad o 100% bod y gwasanaeth wedi darparu gofal priodol. Gellir dweud bod y model gwasanaeth yn Salford yn integredig ar lefel micro a meso gydag integreiddio fertigol a llorweddol da rhwng gweithwyr proffesiynol, rheolwyr a gwasanaethau. Prin oedd y dystiolaeth o integreiddio ar lefel macro gan nad oedd unrhyw gytundebau lefel gwasanaeth integredig ffurfiol ar gyfer staff na chyllidebau nac unrhyw adroddiadau i ddangos costau ffyrdd eraill o ddarparu gwasanaethau gofal i bobl hŷn.

Mae Torbay a Salford yn rhoi syniad o'r cyd-destunau a all hybu a hwyluso camau i ddatblygu gofal integredig ac yn dangos rhai o'r mecanweithiau a ddefnyddiwyd i ddarparu gofal. Wrth edrych yn agosach ar y ffyrdd newydd o ddarparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol yn y ddwy ardal, gellir gweld y newidiadau sylweddol yn y mecanweithiau a ddefnyddir i ddarparu gofal integredig a'u heffaith ar wasanaethau. Un mecanwaith o'r fath yw'r asesiadau integredig o bobl hŷn, a gyflwynwyd er mwyn osgoi ailadrodd gwybodaeth a dyblygu gwaith papur, gyda'r nod o symleiddio'r broses asesu er mwyn ei gwneud yn fwy effeithlon. Edrychodd Clarkson, Brand a Challis (2011) yn fanwl ar sut y gallai mecanwaith darparu gofal, fel asesiad gofal integredig, effeithio ar y defnyddiwr gwasanaeth a'r gweithwyr proffesiynol

sy'n darparu gwasanaethau, yn ogystal â'r ffordd y gallai asesiadau integredig arwain at drefniadau rheoli prosesau mwy effeithlon. Dangosodd y canlyniadau fod manteision asesiadau integredig yn bellgyrhaeddol, gan fod y gofal a ddarparwyd yn sgil yr asesiad wedi'i dargedu mewn ffordd gadarnhaol (drwy leihau dirywiad corfforol ymhlith pobl hŷn eiddil sydd wedi cael asesiadau clinigol a thrwy ohirio'r angen i dderbyn claf i gartref gofal neu'r ysbyty) ac yn nodi'r bobl eiddil yn glinigol yr oedd angen iddynt fynd i gartref gofal. Drwy nodi anghenion iechyd a gofal cymdeithasol yn gywir, llwyddwyd i drefnu derbyniadau mwy priodol i gartrefi gofal, a arweiniodd at gynnydd yng nghostau'r GIG ond lleihad yng nghostau gwasanaethau cymdeithasol.

Gall cyflwyno un mecanwaith i hwyluso newid, fel asesiadau integredig ar lefel micro, gael effaith ar ganlyniadau defnyddwyr gwasanaethau ac effaith sylweddol ar lefel meso a macro hefyd. Unwaith eto, mae'r canfyddiadau hyn yn pwysleisio effeithiolrwydd gweithio o'r gwaelod i fyny er mwyn integreiddio'n llawn (Clarkson et al., 2011).

Mae Gogledd Iwerddon yn defnyddio'r adnodd asesu sengl (NISAT) ar gyfer pobl hŷn, fel ffordd o hwyluso a chydgyssylltu gofal a chyfathrebu rhwng gweithwyr proffesiynol yn barhaus. Defnyddiwyd NISAT hefyd i gasglu data er mwyn monitro gwasanaethau a nodi meysydd i'w gwella. Mae cyd-destun Gogledd Iwerddon yn unigryw yn yr ystyr bod iechyd a gofal cymdeithasol eisoes wedi'u hintegreiddio ar lefel meso a macro, yn wahanol i Gymru, Lloegr a'r Alban. Mae gan Ogledd Iwerddon drefniant rheoli iechyd a gofal cymdeithasol integredig sydd wedi darparu gwasanaethau gofal ers 1973. Y nod wrth gyflwyno NISAT fel mecanwaith newydd yw gwella effeithlonrwydd wrth ddarparu gwasanaethau (lefel micro) a galluogi rheolwyr a chyfarwyddwyr ar lefel meso a macro i nodi agweddau ar wasanaethau y gall fod angen eu newid. Mae Taylor (2012) yn disgrifio'r broses o ddatblygu a gweithredu NISAT ac effaith y mecanwaith hwn ar y defnyddiwr gwasanaeth, y gweithiwr gofal proffesiynol, y rheolwyr a'r llunwyr polisi. Drwy ddatblygu NISAT, mae Gogledd Iwerddon yn cydnabod bod asesiadau ac adolygiadau cywir yn hanfodol, gan eu bod yn llywio ffurf y gwasanaethau a ddarperir -

boed yn wasanaethau iechyd, cymdeithasol, tai, trafnidiaeth, trydydd sector neu ofal anffurfiol.

Mae datblygiad gofal integredig o'r brig i lawr yng Ngogledd Iwerddon dros gyfnod o 40 mlynedd yn unigryw ym Mhrydain. Yng Nghymru, Lloegr a'r Alban, mae cael un asiantaeth, un cyflogwr, un weledigaeth, nodau ac amcanion cyffredin ac un ffynhonnell ariannu yn rhywbeth y dylid anelu ato er mwyn cwblhau'r darlun cyfannol o ofal integredig. Eto i gyd, er bod y strwythur hwn ar waith, mae Gogledd Iwerddon yn dal i wynebu anawsterau tebyg o ran ddarparu gofal a'r gost y pen o ddarparu iechyd a gofal cymdeithasol yw'r uchaf ond un o blith y pedair gwlad ym Mhrydain (O'Neil 2012 dyfynnwyd yn Heenan, 2013). Nododd Heenan (The King's Fund, 2013) mai rhai o'r prif anawsterau wrth ddarparu gofal integredig yng Ngogledd Iwerddon yw goruchafiaeth gofal iechyd, gwahaniaethau diwylliannol o ran ymgysylltu â'r defnyddiwr gwasanaeth a rhoi cymorth iddo, hyfforddiant ar wahân a'r ffaith nad yw meddygon teulu wedi'u cynnwys yn llawn yn y strwythur systemau cyfan. Dangosa hyn nad yw integreiddio gwasanaethau'n strwythurol o reidrwydd yn hwyluso gwaith integredig effeithiol mewn gofal yn ymarferol.

Mae'r Alban, wrth geisio integreiddio gofal, wedi canolbwyntio'n agos ar ffactorau galluogi strategol i hyrwyddo integreiddio a gwaith partneriaeth rhwng iechyd, gofal cymdeithasol a gofal trydydd sector. Er gwaetha'r ymdrechion hyn, y gwariant y pen ar iechyd a gofal cymdeithasol yw'r uchaf o blith gwledydd y DU. Trafoda Steel (2013) y rhwystrau ystyfnig sy'n cyfyngu ar integreiddio rhwng sectorau gwasanaethau. Er gwaetha'r rhain, noda Steel (The King's Fund, 2013) glystyrau o waith partneriaeth, sy'n dangos bod gwasanaethau unigol sydd ag arweinyddiaeth gadarn; gweledigaeth gyffredin sy'n canolbwyntio ar les cleifion; a pharodrwydd staff i gyfathrebu a gweithio gyda'i gilydd er budd yr unigolyn sy'n cael gofal; yn fformiwla llwyddiannus i ddarparu gofal rheng flaen integredig. Mae'r llwyfan sy'n hwyluso'r math hwn o weithio yn seiliedig ar barch ac ymddiriedaeth ymhlith staff rheng flaen sy'n cydweithio er mwyn cyflawni'r un nod. Gellir bwrw ymlaen â'r math hwn o

waith integredig waeth beth fo'r trefniadau rheoli meso a macro, y strwythur sefydliadol, y strategaeth neu'r polisi.

Awgrymodd adolygiad systematig o'r llenyddiaeth ar ofal integredig (Reed, Cook a McCormack, 2005) mai integreiddio gwasanaethau ieched a gofal cymdeithasol ar y lefel micro sy'n cael yr effaith fwyaf ac mai hynny sydd fwyaf buddiol i'r defnyddiwr gwasanaeth a'r darparwr. Nid yw trefniadaeth strwythurol ar lefel meso yn ddigon ar ei phen ei hun i arwain at integreiddio (Glendinning, 2003). Gall strategaethau integreiddio macro ddymchwel rhwystrau i integreiddio (fel cyfarwyddbau cyllid) ac ysgogi gwaith rhyngasiantaethol. Ond rhaid i'r cydberthnasau gwaith rhyngbroffesiynol a mewnbroffesiynol (y systemau meso a micro) gael eu cefnogi er mwyn integreiddio'n effeithiol (Reed et al., 2005). Fodd bynnag, gall gofal gael ei integreiddio rhwng proffesiynau, lleoliadau, mathau o ofal (aciwt a chronig), sefydliadau a sectorau. Gellir dweud ei fod wedi'i integreiddio drwy wasanaethau ar wahân sy'n cydweithio â'i gilydd; drwy wasanaethau partneriaeth sydd wedi cydgysylltu neu gydleoli; neu drwy ddefnyddio timau amlddisgyblaethol a gwasanaethau unigol sy'n darparu gwasanaethau ieched a gofal cymdeithasol (gweler Ffigur 2). Mae'r mathau hyn o gydberthnasau gwaith yn aml yn gam datblygu pwysig o waith partneriaeth i wasanaethau integredig, ac mae'n rhaid i wasanaethau fynd drwy'r cam hwn er mwyn integreiddio ieched a gwasanaethau cymdeithasol yn y pen draw (hynny yw, gofal cyfannol).

Mae Trivedi, Goodman, Gage, Baron et al. (2013), ynghyd â Goodman et al., (2011), yn disgrifio'r ffyrdd gwahanol o weithio gan ddefnyddio'r term cyffredinol 'gwaith rhyngbroffesiynol', ond eto i gyd maent yn cydnabod y caiff hyn ei gyflawni mewn ffyrdd gwahanol (drwy reoli achosion, cydweithredu a gwaith tîm integredig). Mae'r termau hyn yn debyg i'r prosesau a'r ffyrdd o weithio a nodir yn Ffigur 2. Daw Trivedi et al. (2013), drwy adolygiad systematig cynhwysfawr o lenyddiaeth, a Pearson et al. (2013) â'u hadolygiad realistig manwl, i'r casgliad mai prin yw'r dystiolaeth i ddangos bod un math arbennig o waith rhyngbroffesiynol yn fwy effeithiol neu gost-effeithiol nag un arall. Fodd bynnag, gallai modelau gofal integredig a ddarperir yn y gymuned

leihau'r defnydd a wneir o ysbytai a chartrefi gofal. Yn amlach na pheidio, mae gwerthusiadau a gwaith monitro yn dangos patrymau gofal gwahanol a ffyrdd gwahanol o ddefnyddio gofal ond anaml y caiff y rhain eu trosi'n ostyngiadau ac arbedion amser real mewn costau neu'n ganlyniadau a ddiffinnir gan ddefnyddwyr.

Gellir gweld ffyrdd gwahanol o weithio ar y lefelau gwaith amrywiol. Mae Gogledd Iwerddon wedi integreiddio gwasanaethau o'r brig i lawr ac mae gweddill y DU wedi bod yn ailgynllunio gwasanaethau ar bob lefel er mwyn integreiddio ar bob lefel weithredol. Ymddengys bod dealltwriaeth gysyniadol o ofal integredig, yn seiliedig ar yr adolygiad o lenyddiaeth, o blaid cael gwasanaeth integredig ar bob lefel sy'n parhau i ganolbwyntio ar yr unigolyn. Caiff polisiâu, strategaethau, prosesau rheoli sefydliadol a gofal eu rhoi ar waith drwy gydberthnasau gwaith rhyngbroffesiynol a mewnbroffesiynol effeithiol, o fewn strwythur unigol er mwyn cyflawni canlyniadau o ansawdd i'r defnyddiwr gwasanaeth. Mae Tabl 2 yn dangos y cydberthnasau hyn sy'n rhan o strwythur rheoli a sefydliadol ar y cyd, cyfarwyddiaethau, cyllidebau a gofal integredig proffesiynol a ddarperir i'r defnyddiwr terfynol. Fodd bynnag, mae'r diagram yn dangos sut y gall camau i hyrwyddo polisiâu a strategaethau ar y cyd, sy'n hwyluso'r broses o gomisiynu gwaith rhwng asiantaethau a sectorau, greu seilo gofal yn y dyfodol sy'n gweithio gyda gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol awdurdodau lleol ac ochr yn ochr â hwy. Gallai gofal integredig ddod yn gyfres o wasanaethau annibynnol, gydag un asiantaeth neu sector yn darparu un gwasanaeth iechyd a gofal cymdeithasol cyfun ac un arall yn darparu gwasanaeth iechyd a gofal cymdeithasol cyfun arall.

Tabl 2: Model cysyniadol o iechyd a gofal cymdeithasol integredig ar lefelau macro, meso a micro.

Level of organisation	Feature of organisation	Feature of organisation	Feature of organisation
	Health primary/secondary care	Integrated care	Social/private/third sector/informal care
	Policy	Policy	Policy
	Strategy	Strategy	Strategy
Macro	Directorship	Directorship	Directorship
	Budgets	Budgets	Budgets
	Commissioning	Commissioning	Commissioning
	Management	Management	Management
	Administration	Administration	Administration
Meso	Accounting	Accounting	Accounting
	Staffing/HR	Staffing/HR	Staffing/HR
	Location	Location	Location
	IT systems	IT systems	IT systems
	Data Audit	Data Audit	Data Audit
	Point of access	Point of access	Point of access
	Referral pathway	Referral pathway	Referral pathway
	Assessment	Assessment	Assessment
	Care plan	Care plan	Care plan
Micro	Review	Review	Review
	Record access/IT	Record access/IT	Record access/IT
	Record storage/IT	Record storage/IT	Record storage/IT
	Care teams	Care teams	Care teams
	Data collection	Data collection	Data collection
	Location	Location	Location

Mae Tabl 2 yn crynhoi'r hyn a gyflwynir gan y llenyddiaeth fel y cysyniad delfrydol o ofal integredig y mae pob gwlad ym Mhrydain yn anelu ato. Mae'n dangos ac yn rhoi rhai enghreifftiau o'r darlun macro, meso a micro o'r cyddestun sefydliadol, y mecanweithiau a'r canlyniadau sy'n gysylltiedig â darparu gofal integredig, o bolisi i amgylcheddau gwaith. Mae'r siapiau hirgrwn ar y diagram yn cynrychioli'r gwahanol sectorau sy'n darparu gofal - un ar gyfer iechyd a'r llall ar gyfer gofal cymdeithasol. Mae'r siapiau hirgrwn yn rhychwantu'r sefydliad y maent yn ei gynrychioli ac mae'r manau lle maent yn croesi ei gilydd yn dangos ble mae'r ddau wasanaeth yn darparu gofal integredig. Mae'r model hwn yn dangos mewn ffordd weledol i ba raddau y caiff iechyd a gofal cymdeithasol eu hintegreiddio ar bob lefel gwasanaeth. Fe'i defnyddir hefyd i gynrychioli a chymharu'r damcaniaethau rhaglenni yn ddiweddarach yn yr adroddiad yn erbyn y ddamcaniaeth

brofadwy. Caiff y model gofal cyffredinol hwn a nodir yn Tabl 2 ei ddefnyddio, at ddibenion y gwerthusiad realistig hwn, fel damcaniaeth brofadwy ar gyfer y mecanweithiau gofal integredig. Fe'i defnyddir i gynrychioli a chymharu'r ddamcaniaeth brofadwy yn erbyn y damcaniaethau rhaglenni a lunnir ar sail y cyfweiliadau â rhanddeiliaid. Er bod y ffordd resymegol, linellol a rhydwythol o edrych ar systemau gofal integredig yn rhoi darlun o'r 'hyn sy'n gweithio', mewn realiti mae'r 'hyn sy'n gweithio' yn dibynnu ar beth sy'n gywir mewn man penodol ar adeg benodol (y cyd-destun) ac 'i bwy' (y canlyniad) (Hudson, 2011).

Mae'r ddamcaniaeth brofadwy yn rhoi llinell sylfaen er mwyn profi modelau darparu gwasanaeth. Mewn realiti mae'r rhain yn symud tuag at edrych ar y systemau cymhleth sy'n esblygu ac yn addasu er mwyn gweithio yn y ffordd orau bosibl o dan yr amgylchiadau lleol. Yn aml, y rhain yw'r ffyrdd o'r gwaelod i fyny o ganfod atebion i ddarparu gofal da na chânt eu harwain gan bolisi, ond a gaiff eu datblygu mewn ffordd bragmataidd gan weithwyr proffesiynol. Daw gwasanaethau integredig effeithiol yn aml i'r amlwg drwy broses ddatblygiadol o ddisgresiwn proffesiynol i wella ymarfer. Yna mae angen helpu i roi datblygiadau o'r fath ar waith. Enghraifft o hyn fyddai datblygiad/esblygiad model Torbay a ddisgrifiwyd uchod. Mae angen profi'r model cysyniadol o ofal integredig yn erbyn y rhaglenni gofal amrywiol sy'n cael eu datblygu ledled y DU. Awgryma'r dystiolaeth fod pob gwasanaeth wedi'i addasu er mwyn diwallu angen lleol. Yng Nghymru mae'r rhain yn amrywio o amgylcheddau gwledig i drefol a rhaid darparu gofal ar draws ardaloedd daearyddol eang a drefnir gan fyrdau ieuchyd unigol a sawl awdurdod lleol.

Er mwyn edrych ar gyd-destun a chanlyniadau strategaethau gofal integredig, bydd yr adran ganlynol yn disgrifio cynnydd cynnar gofal integredig yng Nghymru o bolisi i ymarfer gan lunio cymariaethau â'r model gofal integredig delfrydol uchod (h.y. sut mae ymarfer yng Nghymru yn cymharu â'r model darparu gofal integredig delfrydol hwn?).

Y model delfrydol fydd y ddamcaniaeth brofadwy a ddefnyddir yn y gwerthusiad realistig (gweler Pawson a Tilley, 2011) er mwyn asesu'r effaith y mae polisiâu a strategaethau yng Nghymru wedi'i chael ar ymarfer. Yr ymarfer darparu gwasanaeth integredig presennol fydd y ddamcaniaeth rhaglen a chaiff ei gymharu â'r ddamcaniaeth brofadwy. Yn ei thro, caiff hon ei gwerthuso yng nghyd-destun yr hinsawdd wleidyddol, y mecanweithiau darparu gwasanaeth a'r canlyniadau a gyflawnir yn eu sgil.

O fewn y strwythur methodolegol hwn caiff cyd-destun hanesyddol polisiâu a strategaethau yng Nghymru ei ystyried, oherwydd dyna sydd wedi ysgogi'r camau i ddatblygu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig.

Caiff y mecanweithiau a roddwyd ar waith gan y Llywodraeth er mwyn hwyluso newid eu hystyried yn erbyn y mecanweithiau a'r prosesau a roddwyd ar waith er mwyn gwneud newidiadau i'r ddarpariaeth iechyd a gofal cymdeithasol i bobl hŷn. Caiff canlyniadau'r ffyrdd hyn o weithio eu hystyried yn adran nesaf yr adroddiad hwn. Yna caiff y dystiolaeth ansoddol a gasglwyd gan gyfarwyddwyr, rheolwyr a gweithwyr proffesiynol sy'n ymwneud â gwasanaethau gofal integredig ei chyfuno a'i gwerthuso.

Y Cyd-destun Cymreig

Mae Llywodraeth Cymru yn cydnabod diffygion, cyfyngiadau a heriau system bresennol y GIG yn llwyr, o gofio y cafodd ei sefydlu'n wreiddiol er mwyn diwallu anghenion poblogaeth yng Nghymru lle roedd 48% o'r boblogaeth yn marw cyn cyrraedd 65 oed. Cydnabyddir yn gyffredinol y bydd angen gwneud newidiadau sylweddol er mwyn ateb yr her sy'n codi wrth i'r boblogaeth heneiddio. Yn hanesyddol, roedd meddygon teulu yn ganolog i'r model iechyd a gofal cymdeithasol, gyda staff iechyd yn diwallu'r rhan fwyaf o anghenion iechyd a gofal cymdeithasol y gymuned. Roedd gofal iechyd wedi'i rannu'n ofal sylfaenol (lle roedd gan feddygon teulu eu rhestrau personol o gleifion ac roeddent yn cael eu talu fesul unigolyn) a gofal eilaidd a thrydyddol mewn ysbytai. Yn sgil y pwysau ar iechyd a gofal cymdeithasol yn ystod ac ar ôl yr Ail Ryfel Byd, ailstrwythurwyd y ddarpariaeth iechyd a gofal cymdeithasol

a rhannwyd gwasanaethau er mwyn diwallu'r anghenion meddygol brys yn ystod y rhyfel a'r anghenion cymdeithasol digynsail a achoswyd gan y rhyfel.

Mae Prydain bellach ar ddechrau cyfnod o angen digynsail am wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol. Amcangyfrifwyd bod gan 11.1% o bobl dros 65 oed (miliwn o bobl ar hyn o bryd) allu mor gyfyngedig nes bod angen gofalwr arnynt i'w helpu i wneud tasgau o ddydd i ddydd, fel gwisgo esgidiau a sanau, golchi a chodi/mynd i'r gwely (Jagger, Ymddiriedolaeth Nuffield, 2012).

Disgwylir i'r ffigur hwn gynyddu i 14% yn 2030 sy'n golygu y bydd gan 1.9 miliwn o bobl dros 65 oed anghenion gofal. Mae'r amcanestyniad hwn yn unig yn dangos anghysondeb rhwng yr arian sydd ar gael, gwariant a galw a heb ddiwygiadau, byddai angen i wariant gynyddu i 12.7 biliwn erbyn 2022, sef cynnydd o 37% (Comisiwn Dilnott, 2011; Ymddiriedolaeth Nuffield, Rhag, 2012).

Yn amlwg mae angen newid ffyrdd o ddarparu gwasanaethau gan fod achosion o glefydau'n cynyddu'n ddiweddarach mewn bywyd; yn wir erbyn 2020, bydd bron 50% o boblogaeth Cymru dros 65 oed, a bydd disgwyliad oes wedi cynyddu i 87 i fenywod ac 84 i ddynion (Swyddfa Ystadegau Gwladol). Mae'r blynyddoedd cyfatebol o iechyd gwael y gellir eu disgwyl yn ystod yr oes honno wedi cynyddu i 11.6 o flynyddoedd ar ôl 65 i ferched a 10.1 o flynyddoedd ar ôl 65 oed i ddynion. Ystyrir ei bod yn briodol integreiddio ymatebion iechyd a gofal cymdeithasol i gyflyrau cronig er mwyn diwallu'r anghenion gofal newydd sy'n codi yn sgil y newidiadau demograffig.

Mae Llywodraeth Cymru wedi cynnig, drwy'r *Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol (FfGC) ar gyfer Pobl Hŷn* (2006), strategaeth ddeng mlynedd sy'n seiliedig ar *Law yn Llaw at Iechyd* (2011), *Strategaeth Creu'r Cysylltiadau ar gyfer Pobl Hŷn* (2007), *Cynllun Oes* (2005) a *Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy* (2012) ac a gaiff ei hategu gan y *Bil Gwasanaethau Cymdeithasol a Lles* (2013). Roedd y FfGC ar gyfer gofal pobl hŷn yn targedu rhaglen tri cham â 10 safon allweddol a chwe thema wedi'u seilio ar weithio ar draws systemau cyfan a gweithredu mewn ffordd integredig er mwyn hybu iechyd a lles pobl hŷn. Yn ganolog i'r strategaeth hon roedd gwaith amlasiantaethol,

timau amlddisgyblaethol, strwythurau rheoli unigol, cyllidebau unigol, blaenoriaethau, protocolau a chyfrifoldebau ar y cyd a systemau gwybodaeth ar y cyd a allai wasanaethu pwyntiau mynediad ac atgyfeirio unigol, a phroses asesu unedig. Mae'r strategaeth hon wedi gosod y cyd-destun ar gyfer darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig er mwyn hybu annibyniaeth a lles yng Nghymru.

Er bod modelau darparu gofal integredig wedi'u datblygu yng Nghymru a'u bod yn cynnwys yr agweddau amrywiol ar ddarparu gofal integredig, o gyllidebu ar y cyd i reoli a staffio, credwn nad oes asesiadau ystyrlon o effeithiolrwydd a chost-effeithiolrwydd y gwasanaethau hyn wedi'u gwneud hyd yma. Gellir dweud yr un peth am wybodaeth ynghylch y buddiannau i ddefnyddwyr gwasanaethau.

Fodd bynnag, yn Lloegr, mae rhywfaint o dystiolaeth werthuso wedi'i chasglu. Craffwyd ar wasanaethau y nodwyd eu bod yn darparu gofal integredig a'r consensws yw bod gofal integredig yn gost-effeithiol. Yn wir, mae rhai ffynonellau'n amcangyfrif bod pob £1 a wariwyd ar ofal cymdeithasol wedi arwain at arbed £2.65 (Papur Gwyn y Llywodraeth, Gorffennaf 2012). Awgrymodd y gwerthusiad cynhwysfawr o Brosiectau Partneriaethau i Bobl Hŷn (POPP), a oedd wedi'u hariannu'n gyfan gwbl bron gan gyllidebau iechyd, fod pob £1 a wariwyd ar y gwasanaeth POPP wedi arwain at fudd ychwanegol o tua £1.20 i'r GIG. Cronnwyd yr arbedion hyn drwy leihau'r diwrnodau gwelyau argyfwng, gostyngiad o 47% yn nifer yr arosiadau dros nos mewn ysbytai a gostyngiad o 29% yn nifer yr ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys ymhlith tua chwarter o ddefnyddwyr gwasanaethau POPP (PSSRU, 2009). Fodd bynnag, er ei bod yn ymddangos bod integreiddio gofal wedi arwain at arbed costau yn Lloegr, cymharol brin yw'r dystiolaeth o fuddiannau cyfatebol i ddefnyddwyr gwasanaethau.

Mae cryn oblygiadau i hyn. Ni ddylai llunwyr polisi benderfynu ar y mathau o ofal integredig i'w darparu yn gwbl seiliedig ar y ffaith bod ganddynt amcangyfrifon o arbedion costau. Yn wir, dylid cynllunio prosesau gwerthuso

systematig a chynhwysfawr ochr yn ochr â mentrau darparu gwasanaethau er mwyn ystyried yr amrywiaeth o wasanaethau integredig a deall beth sy'n dylanwadu ar effeithiolrwydd, o safbwynt economaidd ac o safbwynt defnyddwyr gwasanaethau. Mae'r adroddiad hwn yn mynd i'r afael â'r materion hyn i raddau, ond nid yw'n adlewyrchu (ac nid yw'n fwriad ganddo adlewyrchu) yr holl gymhlethdod ac amrywiaeth sy'n bodoli o fewn gwasanaethau integredig.

Mae methiannau i'w gweld o ran gofal pobl hŷn ledled y DU. Mae nifer o archwiliadau, arolygiadau ac ymchwiliadau wedi datgelu amrywiadau hirsefydlog ac annerbyniol yn safon y gofal a roddir i bobl hŷn, a hynny gan y GIG a gwasanaethau gofal cymdeithasol ledled Prydain.

Mae gofal cymdeithasol i oedolion hŷn ledled Prydain yn cael ei adolygu. Ar hyn o bryd caiff ei ariannu'n bennaf gan awdurdodau lleol, drwy gyfuniad o arian gan lywodraeth ganolog, arian a godir yn lleol drwy'r dreth gyngor ac arian personol. Darperir gofal iechyd am ddim i bobl hŷn. Dangosodd data dros dro ar gyfer 2010-2011 y gwariwyd £7.42 biliwn ar ofal cymdeithasol i bobl dros 65 oed ledled y DU, sy'n cyfateb i ddim ond hanner (50.8%) y gwariant net ar ofal cymdeithasol i oedolion. Yn yr un cyfnod, gwariwyd tua 40% o gyllideb y GIG ar gyfer iechyd meddwl aciwt, gofal sylfaenol a phresgripsiynau meddygon teulu ar bobl dros 65 oed. Yn ystod y ddadl ddiweddar ar Bapur Gwyn y Llywodraeth (Gorffennaf 2012, *Caring for our Future: Reforming care and support*), derbyniwyd bod angen rhoi mwy o bwyslais ar integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol. Y gorchymyn yw y dylid cronni cyllidebau, penodi comisiynwyr unigol a/neu gyrff comisiynu unigol er mwyn ysgogi cydweithio. Disgwylir y bydd ffyrdd newydd o gomisiynu gwasanaethau ar y cyd ar waith erbyn 2014. Bydd natur newidiol blaenoriaethau gofal ar gyfer pobl hŷn ag anghenion cymhleth ac amlochrog, drwy ddiffiniad, yn arwain at greu gwasanaethau gofal integredig arbenigol sy'n addas er mwyn diwallu'r anghenion penodol hyn.

Yng Nghymru, mae Prif Weinidog Llywodraeth Cymru wedi ymrwymo i hyrwyddo gwasanaethau ailalluogi o 2013 (Adroddiad Bolton, 2011). Mae

ailalluogi wedi'i hyrwyddo fel ffordd o hybu annibyniaeth ymhlith pobl hŷn, drwy ddarparu gofal cymdeithasol, a gaiff ei arwain ar y cyd gan y gwasanaethau cymdeithasol a'r GIG. Bydd gofal yn rhoi ffocws ar y cartref fel canolbwynt ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol. Argymhellwyd y dylid cyflwyno timau ymateb cymunedol integredig fel ffordd newydd o weithio ar draws y rhaniad rhwng iechyd a gofal cymdeithasol. Mae problemau recriwtio yn cyfyngu ar gynnydd ar hyn o bryd. Nid oes digon o weithwyr cymdeithasol a staff iechyd cymwys yng Nghymru. Bydd recriwtio a chadw staff yn parhau i beri pryder, oherwydd mae mwy na thraean o staff y GIG yng Nghymru dros 50 oed a byddant yn ymddeol yn ystod y 10 i 15 mlynedd nesaf. Mae natur wledig Cymru hefyd yn ffactor bwysig arall sy'n cynyddu costau gofal yn y gymuned. Gall gwneud y cartref yn ganolbwynt ar gyfer gofal iechyd olygu costau staff sylweddol a hynny o ran amser staff a'r gost o gael staff cymwys yn gyrru am rannau helaeth o'u diwrnod gwaith. Mewn cyferbyniad, mae'r drefn bresennol o ddefnyddio'r ysbyty fel canolbwynt ar gyfer iechyd yn golygu mai'r unigolyn ac nid y darparwr gwasanaeth sy'n talu'r costau cludiant.

Bydd hybu annibyniaeth ymhlith y boblogaeth hŷn, gan alluogi pobl hŷn i aros yn eu cartrefi am gyhyd â phosibl, yn nodwedd bwysig o wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol yn y dyfodol. Cydnabyddir yn eang fod y rhan fwyaf o bobl am aros yn eu cartrefi eu hunain. Ymddengys mai timau ymateb/adnoddau cymunedol, cyfleusterau ailalluogi interim sy'n fannau pontio rhwng yr ysbyty a'r cartref a chanolfannau dydd yw'r ffyrdd mwyaf cyffredin o hybu annibyniaeth (Bolton, 2011).

Diben cyflwyno gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig yw lleihau achosion o 'flocio gwelyau' (fel y'i gelwir yn aml) mewn ysbytai, cynyddu nifer y cleifion a gaiff eu rhyddhau a lleihau achosion o oedi wrth ryddhau pobl hŷn a'u trosglwyddo i wasanaethau eraill, lleihau derbyniadau brys a lleihau ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys. Lanswyd sawl dull o atal derbyniadau heb eu cynllunio i'r ysbyty. Mae'r rhain yn cynnwys gwell prosesau sgrinio a monitro, rhaglenni ar gwmpo, cymhorthion hwyluso symudedd yn y cartref ac ymgysylltu cymunedol, sy'n ceisio mynd i'r afael â'r broblem gynyddol o unigedd ymhlith pobl hŷn. Caiff

llawer o'r dulliau rheng flaen hyn eu rhoi ar waith yn anffurfiol neu drwy asiantaethau yn y trydydd sector sy'n cynnig cymorth domestig drwy gynlluniau cyfeillio a gofal a thrwsio.

Rhannwyd strategaeth Llywodraeth Cymru i ysgogi diwygiadau yn dri cham er mwyn gosod y cyd-destun ar gyfer newid. Y strategaeth gyntaf, rhwng 2005 a 2008, oedd cynnal asesiad sylfaenol o wasanaethau, sefydlu arweinyddiaeth gadarn er mwyn llywio newid a gwneud newidiadau i'r ffordd y caiff gwasanaethau eu comisiynu. (*Cynllun Oes* (2005) a'r *FfGC ar gyfer pobl hŷn* (2001)). Aeth fframwaith strategol 2 ati i adolygu ac asesu a oedd y ffyrdd newydd o weithio yn addas at y diben a nod fframwaith strategol 3 oedd cynnal adolygiad strategol o wasanaethau rhwng 2011 a 2015. Tybiwyd y byddai sefydlu proses asesu unedig (PAU) a system rheoli setiau data gofal integredig yn hyrwyddo trefniadau gweithio integredig, yn symleiddio gwasanaethau ac yn lleihau'r gwaith papur ailadroddus er mwyn darparu gwasanaeth iechyd a gofal cymdeithasol integredig di-dor.

Gofynnwyd i Swyddfa Cymru ar gyfer Ymchwil a Datblygu (WORD) gynt gadw set o ddata craidd gyda dangosyddion perfformiad er mwyn adolygu gwasanaethau ar y cyd (*FfGC ar gyfer pobl hŷn* 2001: t.185). Cynlluniwyd y PAU er mwyn cynhyrchu gwybodaeth o ansawdd am ofal, yn seiliedig ar dystiolaeth, ar gyfer yr adolygiad. Fodd bynnag, ymddengys bod diffyg ymrwymiad i'r PAU ymhlith gwasanaethau iechyd wedi llesteirio unrhyw gamau i werthuso gwasanaethau'n ystyrlon. Yn ôl adborth anecdotaidd gan staff a gyflawnodd yr asesiadau, roedd y PAU yn hir, yn gymhleth ac nid oedd yn hwylus i'r staff na'r claf. Prif wendid y PAU oedd iddo gael ei gynllunio i fod yn system electronig, ond cafodd ei weinyddu ar bapur.

Gofynnwyd i Gynghrair Cymru Gyfan ar gyfer Ymchwil a Datblygiad ddefnyddio pecyn adnoddau'r FfGC er mwyn gwerthuso perfformiad gwasanaethau yn erbyn y dangosyddion gofal derbyniol. Mae'r *FfGC ar gyfer pobl hŷn* (2001) hefyd yn rhoi pwyslais mawr ar gasglu data yn rheolaidd a chynnal arolygon o foddhad defnyddwyr er mwyn gwerthuso canlyniadau. Fodd bynnag, prin yw'r dystiolaeth gyhoeddedig i ddangos y defnyddiwyd

pecyn adnoddau'r FfGC neu'r Arolwg Defnyddwyr Gwasanaethau er mwyn gwerthuso canlyniadau gwasanaethau yn ychwanegol at eu hallbynnau.

Nid oes digon o dystiolaeth ar gael o hyd i ddangos bod y gwasanaethau iechyd a'r gwasanaethau cymdeithasol integredig a ddarperir ar hyn o bryd i bobl hŷn yn cael eu gwerthuso. Awgryma'r gwersi a ddysgwyd o'r PAU fod angen ymrwymiad ar bob lefel i werthusiadau yn y dyfodol a bod rhaid darparu help a chymorth priodol, fel y gall gwasanaethau ddefnyddio gwerthusiadau fel ffordd o wella gwasanaethau. Yn yr ystyr hwn, rhaid i werthusiadau fod yn fwy na gweithgarwch ôl-weithredol neu ychwanegol. Byddem yn awgrymu bod angen i dystiolaeth ar gyfer gwerthuso gwasanaethau gael ei hystyried o'r cychwyn ac y dylai fod yn rhan annatod o gynllun gwasanaethau, yn ogystal â phrosesau monitro ac asesu agweddau amrywiol ar wasanaethau.

Mae strategaeth iechyd y cyhoedd Cymru (*Gosod y Cyfeiriad*, 2010, *FfGC ar gyfer pobl hŷn*, 2001) yn tybio y bydd troi'r cartref yn ganolbwynt ac yn ganolfan iechyd ar gyfer gofal pobl hŷn yn sicrhau bod pobl hŷn yn byw'n annibynnol am gyfnod hirach ac yn ffordd gost-effeithiol o ddarparu gwasanaethau. Fodd bynnag, nid yw'r dystiolaeth sydd ar gael i gefnogi'r tybiaethau hyn yn argyhoeddiadol eto. Yn wir, prin yw'r sail empirig dros honni bod darparu gofal yn y cartref yn fwy neu'n llai cost-effeithiol a/neu effeithlon na gofal yn yr ysbyty, er bod polisïau a strategaethau diweddar yn amlwg wedi'u seilio ar y tybiaethau hyn. Yn ôl ffigurau'r Adran Iechyd (yn Lloegr) ar gyfer costau meincnodi, mae wythnos gyfartalog mewn gwely ysbyty yn costio tua £1600; mae gofal nyrsio preswyl yn costio £568, ac mae gofal iechyd a gofal cymdeithasol dwys yn y cartref yn costio £244 yr wythnos (*Predicting Social Care Costs*, The King's Fund, PSSRU, 2011). Nid yw'r ffigurau hyn yn cynnwys nac yn cynrychioli'r costau gweinyddol cyffredinol i lywodraeth leol a'r byrddau iechyd lleol. Ar hyn o bryd, mae'r dystiolaeth a gesglir er mwyn mesur arbedion costau yn seiliedig ar nifer y diwrnodau gwely aciwt mewn ysbytai a gaiff eu harbed drwy ryddhau cleifion yn gynt o'r ysbyty a darparu gofal ataliol, rhagweithiol a gynlluniwyd er mwyn lleihau nifer y derbyniadau brys, estynedig a heb eu cynllunio i ofal aciwt. Yn wir, i ryw raddau, mae

camau rhagweithiol Llywodraeth Cymru i hyrwyddo'r agenda gofal integredig wedi cael rhywfaint o lwyddiant gan ddefnyddio'r mesur hwn (gweler Guardian, 2013).

Canlyniadau anfwriadol defnyddio nifer y diwrnodau gwely a arbedir fel ffordd o fesur arbedion costau yw bod y ffigurau hyn yn cael eu defnyddio er mwyn cyfiawnhau'r strategaeth gyffredinol dros leihau nifer y gwelyau mewn ysbytai. Fodd bynnag, bydd y cyflyrau aciwt a chronig sy'n debygol o godi ymhlith y boblogaeth hŷn yn galw am ragor o welyau yn y tymor hwy, hyd yn oed os bydd y ddarpariaeth gofal integredig yn llwyddo i leihau cyfran y bobl hŷn a dderbynnir i'r ysbyty.

Fodd bynnag, mae cyfyngiadau i'r casgliadau y gallwn eu llunio gan ddefnyddio saith dystiolaeth mor fach. Mae angen gwerthuso effaith wirioneddol gofal integredig yn y gymuned mewn cyd-destun eang, er mwyn cynnwys budd y gofal i'r defnyddiwr gwasanaeth; cost-ffeithiolrwydd ac effeithlonrwydd y gwasanaeth; systemau gweinyddu; seilwaith; a phrosesau rheoli.

Ystyrir bod trefniadau cydweithio rhwng gwasanaethau iechyd, cymdeithasol a thrydydd sector yn beth da yn y bôn, ond nad ydynt o reidrwydd yn dda yn eu hanfod (Glasby et al., 2012) gan mai diben y trefniadau gwaith dymunol yw darparu gwasanaethau di-dor o ansawdd gwell, sy'n rhoi canlyniadau gwell i'r defnyddiwr terfynol (Ham, 2008). Fel arfer, ni chaiff asesiadau o ganlyniadau pobl hŷn eu safoni yn unol â model meddygol nodweddiadol, sef cofnodi statws iechyd gwell. Dylai mesur mwy cywir o effeithiolrwydd gofal i bobl hŷn y mae eu hiechyd yn dirywio fod yn seiliedig ar gyflawni nodau neu dargedau unigol realistig, a bennwyd er mwyn adlewyrchu amgylchiadau unigryw y person hŷn dan sylw. Gall y cyflawniadau hyn ganolbwyntio ar sefydlogi neu reoli cyflyrau, neu'r ffyrdd mwy dwys o ddarparu gofal a all roi profiad gofal diwedd oes 'da' i'r defnyddiwr gwasanaeth, ei deulu a'i ffrindiau.

Efallai na fydd y nodau, y targedau a'r cyflawniadau yn anelu at wella iechyd unigolyn ac, felly, efallai y bydd angen defnyddio mwy fyth o ffyrdd o fesur neu

asesu effaith y gwasanaeth, er enghraifft: ansawdd bywyd; gweithgareddau bywyd bob dydd; cyswllt cymdeithasol; ymarfer corff; cyngor ar fudd-daliadau; neu reiliau llaw mewn coridor (Safer Homes, 2012). Mae darparu gwasanaethau integredig sy'n diwallu anghenion gofal cymhleth ac amlochrog yn golygu ei bod yn anodd canfod pa wasanaeth, neu gyfuniadau o wasanaethau, oedd fwyaf effeithiol wrth ddiwallu anghenion unigolion. Nid oes amheuaeth bod iechyd a gofal cymdeithasol yn gyd-ddibynnol; mae camau i wella iechyd pobl hŷn yn cael effaith sylweddol ar wariant gofal cymdeithasol a gall gofal cymdeithasol sydd wedi'i amseru a'i ddarparu'n briodol leihau'r gwariant ar iechyd yn sylweddol (Papur Gwyn Llywodraeth y DU, 2012).

Y gyd-ddibyniaeth hon yw sail y ddadl o blaid darparu gofal cyfannol. Yn ddelfrydol, efallai y bydd angen ymateb cyfannol, yn ogystal ag ymateb unigol, wrth ddarparu gofal. Mae angen gwerthuso effaith gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig, cyfannol er mwyn deall yn glir a yw'r math hwn o ofal o fudd gwirioneddol i'r defnyddiwr terfynol yn y ffyrdd a ddisgwylir.

Felly gellir asesu canlyniadau defnyddwyr gwasanaethau'n fwy cywir gan ddefnyddio canlyniadau ansoddol, yn ogystal â'r allbynnau meintiol sy'n seiliedig ar ddata. Canlyniadau meddal yw'r rhai sy'n seiliedig ar brofiadau, canfyddiadau ac agweddau'r defnyddwyr gwasanaethau o ran eu lles, eu nodau unigol a'u hannibyniaeth.

Ymatebion yng Nghymru er mwyn helpu i ddatblygu iechyd a gofal cymdeithasol integredig

Mae Llywodraeth Cymru yn bwriadu trawsnewid y ffordd y caiff iechyd a gwasanaethau eu darparu. Mae'r galw am wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol wedi cynyddu y tu hwnt i'r cyflenwad ym mhob agwedd a bydd yn parhau i wneud hynny.

Ar hyn o bryd, mae un o bob pump o bobl dros 65 oed (Adran Iechyd Gorffennaf, 2012) ac, yng Nghymru, disgwylir y bydd un o bob tri o bobl dros 65 oed erbyn 2030, ac y bydd y boblogaeth dros 85 oed wedi dyblu o

gymharu â'r nifer presennol (System Amcanestyn Anghenion Gofal "Daffodil" y Sefydliad Gofal Cyhoeddus). Felly, disgwylir y bydd nifer y bobl sy'n byw gyda chyflyrau cymhleth a chronig yn cynyddu yn unol â'r amcanestyniadau hyn. Mewn cyfnod o galedi, bydd angen rheoli costau iechyd a gofal cymdeithasol mewn ffordd systematig, effeithiol ac effeithlon.

Ar sail y gwariant presennol ar iechyd a gofal cymdeithasol, mae Swyddfa Archwilio Cymru (datganiad i'r wasg 16.7.2013) yn rhagweld bwlch ariannu o £210 miliwn ar gyfer 2013-2014. Mae byw gydag anghenion cymhleth a chronig yn galw am ddarpariaeth iechyd a gofal cymdeithasol bersonol gostus, a gyflwynir ar ffurf gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig yn y gymuned a all ymateb yn briodol a lleihau achosion megis gofal heb ei gynllunio a derbyniadau brys i'r ysbyty. Yng Nghymru yn 2011, roedd 25% o'r holl gleifion a dderbyniwyd ar frys i'r ysbyty dros 75 oed. Yn ystod ein hoes, gyda chymhlethdodau yn ddiweddarach mewn bywyd, caiff 50-60% o'r gyllideb gofal cymdeithasol i oedolion ei wario ar y rhai dros 65 oed, sy'n cyfateb i un rhan o bump o'r boblogaeth (2008-9). Hefyd, mae cost gyfartalog gofal iechyd yn cynyddu'n gymesur ag oedran: mae costau gofal iechyd cyfartalog rhai dros 55 oed yn £5,500 y flwyddyn, mae costau gofal iechyd canolrifol pobl dros 55 oed yn £24,000 y flwyddyn, ac mae costau gofal iechyd cyfartalog pobl dros 80 oed yn £35,000 y flwyddyn (The King's Fund, 2011).

Yn amlwg, mae problemau hirdymor i'w hwynebu o ran darparu gofal cost-effeithiol priodol a all ddiwallu anghenion yr unigolyn. Mae'r ffaith bod 80% o'r holl welyau mewn ysbytai'n cael eu defnyddio gan bobl dros 65 oed ac nad oes angen gofal aciwt ar 40% o'r holl gleifion mewn gwelyau ysbyty yn dangos nad yw'r systemau yn gost-effeithlon, yn effeithiol nac o fudd i'r unigolyn. Mae integreiddio arferion iechyd a chymdeithasol yn ffordd o ymateb i'r problemau hyn, a ysgogir gan anghenion iechyd a gofal cymdeithasol newidiol poblogaeth Cymru.

Mae o fudd i Lywodraeth Cymru hefyd werthuso'r gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig a ddarperir i bobl hŷn, oherwydd credir y bydd

integreiddio yn hybu annibyniaeth ac yn lleihau'r pwysau ar wasanaethau aciwt i ddarparu gofal iechyd nad yw'n aciwt. Er mwyn deall gwasanaethau gofal integredig, mae'n ddoeth ystyried profiadau'r rhai sy'n ymwneud â chynllunio, darparu a rheoli gwasanaethau integredig, yn ogystal â'r rhai sy'n eu derbyn. Bydd yr adran nesaf yn astudio'r dulliau amrywiol a ddatblygwyd er mwyn llywio'r newidiadau angenrheidiol ym maes gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol.

Y mecanweithiau a ddefnyddir i newid iechyd a gofal cymdeithasol yng nghyd-destun Cymru

Mae'r *Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol ar gyfer Pobl Hŷn* (2006), a *Cynllun Oes a Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy* (2011) yn hyrwyddo'r egwyddorion a nodir yn *Creu'r Cysylltiadau* (2004), *Adroddiad Comisiwn Bevan* (2012) ac *Adolygiad Beecham* (2006), sydd i gyd o blaid darparu gwasanaethau rheng flaen ar y cyd, gan integreiddio a gweithio ar sail systemau cyfan er mwyn hybu iechyd a lles pobl hŷn. Wrth graidd strategaeth y Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol mae gwaith amlasiantaethol; timau amlddisgyblaethol; strwythurau rheoli unigol; cyllidebau unigol; blaenoriaethau, protocolau, atebolrwydd ar y cyd; systemau gwybodaeth ar y cyd a allai wasanaethu pwyntiau mynediad ac atgyfeirio unigol; a phroses asesu unedig. Y strategaeth gyffredinol hon a osododd y cyd-destun ar gyfer darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn.

Yn yr adroddiad *Y GIG yng Nghymru: Pam rydym yn newid y strwythur* (2009: tud. 3), nododd Llywodraeth Cymru: 'Mae angen inni ddarparu mwy o ofal yn nes at gartrefi pobl a mwy o raglennihunanofalu i helpu pobl i fyw'n fwy annibynnol, gan ddarparu mwy o wasanaethau gofal iechyd a gofal cymdeithasol.' Amlinellodd yr adroddiad hwn y cynlluniau radical i ad-drefnu'r GIG yng Nghymru yn saith bwrdd iechyd lleol, a chefnogodd yr angen i ddatblygu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig. Pwysleisiodd *Gosod y Cyfeiriad* (Chwef, 2010) ac *Adroddiad John Bolton* (Ebrill, 2011) hefyd yr angen i integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol, a dwyn gwasanaethau gofal sylfaenol, gofal yn y gymuned a gofal eilaidd

ynghyd er mwyn gweithio'n ddi-dor gydag awdurdodau lleol ac asiantaethau partner eraill.

Mae cyfarwydddebau polisiâu a strategaethau yn cydnabod pwysigrwydd cael fframwaith gwasanaeth integredig fel canllaw i ddatblygu gwasanaethau. Mae'r *Ymgynghoriad ar Wasanaethau Cymdeithasol, Iechyd a Lles* (2012) hefyd yn pennu fframwaith o baramedrau er mwyn diffinio lles, ac mae darparwyr gwasanaethau yn galw am set o ddangosyddion a meincnodau safonedig cenedlaethol er mwyn mesur a gwerthuso gwasanaethau integredig. Ar hyn o bryd, caiff safonau eu pennu'n lleol. Dros y degawd diwethaf, bu ymdrechion i ddwyn gwybodaeth berthnasol ynghyd er mwyn helpu i sefydlu a gwerthuso gwasanaethau. Ar hyn o bryd, mae *Law yn Llaw at Iechyd* (2012) gan Lywodraeth Cymru yn datgan y bydd yn datblygu dull cenedlaethol o asesu profiadau defnyddwyr gwasanaethau iechyd. Gan y bu'n rhaid i bob bwrdd iechyd baratoi adroddiadau chwarterol ar berfformiad ariannol erbyn mis Mawrth 2013, mae Llywodraeth Cymru yn bwriadu defnyddio'r data i gymharu gwasanaethau iechyd. O ran bodloni'r agenda ar gyfer gwasanaethau integredig, byddai'n amser da i gynnwys gofal cymdeithasol.

Gofynnwyd i Swyddfa Ymchwil a Datblygu Cymru (WORD) gynt greu a chadw set o ddata craidd gyda dangosyddion perfformiad er mwyn adolygu gwasanaethau ar y cyd (*FfGC ar gyfer pobl hŷn*, 2001: t.185). Cynlluniwyd y broses asesu unigol (PAU) er mwyn cynhyrchu gwybodaeth o ansawdd am ofal, yn seiliedig ar dystiolaeth, ar gyfer yr adolygiad. Fodd bynnag, mae diffyg ymrwymiad i'r PAU ymhlith y gwasanaethau iechyd, ynghyd â'r ffaith nad yw'r PAU yn gydnaws â rhai o'r systemau TG presennol, wedi cyfyngu ar y gallu i werthuso gwasanaethau integredig. Mae'r amharodrwydd i ddefnyddio'r system hefyd wedi cyfyngu ar y gallu i rannu gwybodaeth ar draws sectorau. Cynlluniwyd pecyn adnoddau'r FfGC er mwyn cymharu perfformiad gwasanaethau yn erbyn y dangosyddion gofal derbyniol, gan ddefnyddio'r Adnodd Archwilio Hunanasesu (AAH) (Llywodraeth Cynulliad Cymru, 2007). Ar hyn o bryd, mae'r FfGC ar gyfer pobl hŷn (2001) yn rhoi pwyslais ar gasglu data yn rheolaidd a chynnal arolygon o foddhad

defnyddwyr er mwyn mesur neu werthuso canlyniadau gwasanaethau yn ychwanegol at eu hallbynnau. Mae Fframwaith Canlyniadau Ansawdd (FfCA) y Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol hefyd yn cynnwys dangosyddion a mesurau sy'n rhoi ystadegau am brofiadau cleifion. Rhaid defnyddio'r cyfoeth hwn o wybodaeth a'i dwyn i'r amlwg er mwyn gwerthuso gwasanaethau er budd y cyhoedd.

Ar hyn o bryd, mae Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru (AGIC) yn monitro gofal yn erbyn set arall o safonau drwy gynnal hapwiriadau o wybodaeth mewn ysbytai. Mae'r safonau wedi'u pennu gan Hanfodion Gofal (HG), sef menter gofal iechyd a lansiwyd yn 2003, er mwyn monitro a gwella ansawdd y gofal a roddir i bobl anabl neu eiddil â salwch aciwt neu gronig. Am nad oedd systemau digonol ar waith i werthuso gwasanaethau, datblygodd HG *Adnodd Profiad Pobl Hŷn Cymru Gyfan*, a gyflwynwyd fel elfen ychwanegol i becyn adnoddau Hanfodion Gofal. Prosiect ar gyfer ysbytai yw hwn a'r nod yw casglu data am bobl hŷn ar system Dangosfwrdd Nyrsio Cymru Gyfan (lansiwyd ym mis Mehefin 2012). Pecyn adnoddau cyfrifiadurol yw'r dangosfwrdd sy'n rhan o HG, ac fe'i defnyddir ar wardiau er mwyn mesur y gofal a ddarperir yn erbyn y dangosyddion allweddol a nodir yn y ddogfen Iechyd a Gofal Cymdeithasol *Gwneud yn Dda, Gwneud yn Well* (2009). Fe'i cynlluniwyd yn wreiddiol er mwyn llywio'r agenda ansawdd. Ceir rhywfaint o feirniadaeth bod y dangosfwrdd wedi colli cyfle i gasglu gwybodaeth ar y cyd am anghenion gofal cymdeithasol. Gellid dadlau bod y profiad o gael gofal yr un mor bwysig i'r claf â'r canlyniad. Rhoddwyd pecyn archwilio cenedlaethol HG ar waith mewn ysbytai yn 2009 ac mae'n seiliedig ar 11 o ddangosyddion gofal allweddol, sef: anghenion toiled; iechyd a hylendid y geg; bwyta ac yfed; hylendid personol ac ymddangosiad; cysur a phoen; gorffwys, cysgu a gweithgarwch; cydberthnasau; byw'n annibynnol; diogelwch; parch; cyfathrebu a gwybodaeth; ac, yn fwy diweddar, pryder ac iselder. Er mai mewn ysbytai y caiff y system hon ei defnyddio ar hyn o bryd, mae awgrymiadau y dylai'r 'dangosfwrdd' gael ei ddefnyddio yn y gymuned gan ddefnyddio technoleg symudol. Mae'r wybodaeth a gesglir ar y dangosfwrdd yn gymysgedd o gwestiynau caeedig a rhai datganiadau agored sy'n ceisio rhoi darlun cyfyngedig o brofiadau gofal y cleifion. Cafodd hyn ei fonitro drwy

archwiliad HG Cymru Gyfan a gynhaliwyd yn 2011, a chyhoeddwyd y canlyniadau yn *Gofal Iechyd yn yr 21ain Ganrif, adroddiad cynnydd* (2012).

Mae Llywodraethedd GIG Cymru (Llywodraeth Cynulliad Cymru, 2009) yn cydnabod bod angen gwella mynediad at ofal a dulliau o fesur profiadau a boddhad cleifion yn genedlaethol, er mwyn datblygu a gwerthuso iechyd a gofal cymdeithasol mewn ffordd gydlynol a strwythuredig yn y 22 o awdurdodau lleol a'r saith bwrdd iechyd lleol yng Nghymru. Ar hyn o bryd, caiff gofal cymdeithasol ei ddarparu gan yr awdurdodau lleol i 100,000 o bobl ledled Cymru, ond dim ond rhan fach o'r darlun gofal yw hwn. Mae bron 70-80% o'r holl ofal a roddir yn anffurfiol ac felly mae'n anodd casglu gwybodaeth amdano, ei werthuso a'i wella. Serch hynny, mae gofal anffurfiol yn fath pwysig o ofal.

Sefydlwyd yr Asiantaeth Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol (AGGC) er mwyn ystyried ffyrdd o wella gofal cymdeithasol yng Nghymru, gan gydnabod y ffyrdd amrywiol y caiff gofal cymdeithasol ei ddarparu. Comisiynodd AGGC adroddiad: *Gwell Cefnogaeth am Lai o Gost*, ar wella effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd gwasanaethau i bobl hŷn yng Nghymru (Bolton, 2011) ac mae papur Llywodraeth Cymru *Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy: Fframwaith gweithredu* (2011) yn dadlau o blaid cael fframwaith canlyniadau cenedlaethol a marcwyr/dangosyddion uwch, a fydd yn helpu i gynllunio gwasanaethau a mesur cynnydd. Bwriedir y bydd fframwaith o'r fath yn ysgogi polisiau ac arferion sy'n datblygu gwasanaethau integredig, er mwyn gwella canlyniadau yn y pen draw i ddefnyddwyr terfynol gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol.

Mae ffyrdd eraill o wella gofal iechyd wedi'u hamlinellu yn y 'Fframwaith Cyflyrau Cronig', a gynlluniwyd er mwyn rheoli grwpiau risg uchel yn gyson yn hytrach na rheoli gofal mewn ffordd ymatebol neu pan fydd argyfwng yn codi. Bwriedir i hyn leihau'r pwysau ar ysbytai aciwt. Awgryma *Gweithio'n Wahanol, Gweithio Law yn Llaw: gweledigaeth bum mlynedd* (2012) y bydd cynllun cyflawni ansawdd ar gyfer 2012-2016 yn cael ei lunio yng Nghymru (i'w gyhoeddi). Mae amcan 4 yn canolbwyntio ar ofal integredig a chaiff ei fonitro

gan 1,000 o Fywydau a Mwy (GIG Cymru, 2013) er mwyn sicrhau rhagoriaeth. Amcan 3 yw hybu annibyniaeth; integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol; hybu iechyd; cynyddu'r ymatebion cyflym i ofal yn y gymuned; alluogi/adsefydlu; osgoi derbyniadau (ar hyn o bryd nid oes angen llawdriniaeth ar 50% o'r cleifion a dderbynnir i ysbytai); a sefydlu timau ymateb cymunedol amlsector.

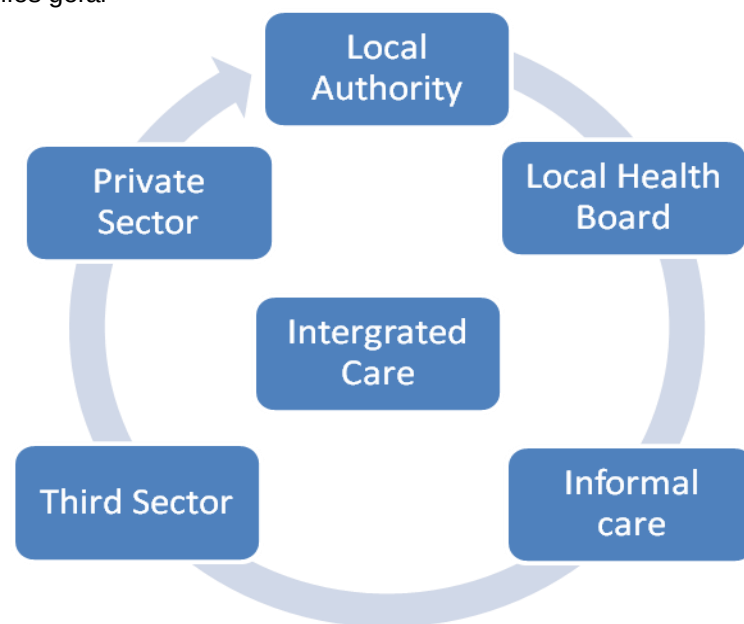
Fodd bynnag, nid yw polisïau a strategaethau, a ddatblygwyd ar gyfer y tymor hwy yn bennaf, wedi cadw i fyny'n llwyr â datblygiadau mewn gwasanaethau a mentrau lleol i integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol. Mae ffyrdd newydd o ddarparu gwasanaethau yn datblygu'n eang ac yn gyflym ledled Cymru a gwneir ymdrech bwrpasol i integreiddio gwasanaethau. Mae gwasanaethau'n esblygu'n naturiol ar lefel leol er mwyn diwallu anghenion y gymuned a chaiff polisïau a strategaethau eu datblygu ochr yn ochr â'r rhain. Caiff detholiad o'r ffyrdd hyn o ddarparu gwasanaethau eu hystyried yn rhan nesaf yr adroddiad hwn.

Y mecanweithiau a ddefnyddir yng Nghymru i ddarparu gofal integredig i bobl hŷn.

Yn gyffredinol, ystyrir bod gofal yn cael ei weinyddu gan bum sector: Awdurdodau Lleol; Byrddau Iechyd Lleol; y sector preifat; y trydydd sector; a gofal anffurfiol. Mae'r sectorau'n gweithio yn annibynnol ar ei gilydd ac yn dod ynghyd yn ôl yr angen i ddiwallu anghenion gofal penodol. Galwyd y sectorau gofal hyn yn 'seilos gofal' hefyd, sy'n gweithio o fewn eu harbenigedd gofal eu hunain. Caiff seilos gofal eu rhannu ymhellach yn arbenigeddau, fel gofal sylfaenol, eilaidd a thrydyddol yn y sector iechyd. Yn hanesyddol, cafwyd anhawster darparu gofal integredig ar bob lefel sefydliadol (macro, meso a micro) yn ogystal ag anhawster cydgysylltu gofal ar gamau gwahanol yn y llwybr gofal a phan fo angen mathau gwahanol o ofal. Mae anawsterau'n codi pan fo gan gleifion anghenion gofal cymhleth sy'n golygu bod yn rhaid iddynt gael eu hatgyfeirio, eu trosglwyddo a/neu'u gweinyddu ar y cyd gan un neu fwy o ddarparwyr gwasanaeth. Gall methiannau o ran darparu gwasanaethau ddigwydd o fewn sector (iechyd neu ofal cymdeithasol) a rhwng sectorau.

Ystyriwyd bod gofal integredig yn ffordd o'i gwneud hi'n haws pontio rhwng sectorau gofal ac yn ffordd o hwyluso gwasanaethau partneriaeth cydgysylltiedig a chydweithredol, a all ddiwallu anghenion gofal cymhleth ac osgoi rhywfaint o'r rhwystredigaeth a gaiff ei achosi pan gaiff gwasanaethau, amser ac ymdrechion eu dyblygu. Mae Ffigur 3 yn enghraifft o rai o'r trefniadau gwaith posibl y mae angen eu dwyn ynghyd er mwyn darparu gofal priodol ac ystyrlon i bobl ag anghenion gofal lluosog a chymhleth.

Ffigur 3: Y seilos gofal



Integrated Care – Gofal Integredig

Local Authority – Awdurdod Lleol

Local Health Board – Bwrdd Iechyd Lleol

Informal care – Gofal anffurfiol

Third Sector – Trydydd Sector

Private Sector – Sector Preifat

Oherwydd maint ac amrywiaeth y pum sector, mae'n annhebygol y gellir eu huno'n llwyr. Yn ein barn ni, ceir rhywfaint o dystiolaeth i ddangos bod sector lles neu iechyd a gofal cymdeithasol ar wahân yn datblygu i ddarparu gwasanaethau gofal integredig. Un o'r prif bryderon ynghylch y model hwn yw y gall gofal integredig, yn ein barn ni, greu seilo gofal arall sy'n bwydo i mewn i'r sectorau eraill ac fel arall. Yn y senario hwn, byddai gofal integredig yn

cynrychioli cymysgedd o ofal, y mae angen ei reoli, ei weinyddu a'i gostio ar ei ben ei hun. Ar adeg pan mai lleihau costau yw un o'r prif ffactorau o blaid integreiddio, mae perygl y gallai hyn wrthbwysu rhai o'r prif fuddiannau a ddisgwylir yn sgil integreiddio.

Ymddengys bod y ddarpariaeth ofal gymysg yn perthyn i'r categorïau canlynol:

Gofal Trosiannol (symud cleifion rhwng sectorau a gwasanaethau).

- Rhyddhau cleifion yn gyflymach o'r ysbyty i'r cartref, rhyw fath o ofal preswyl neu nyrsio neu dai gwarchod;
- Lleihau unrhyw gyfnodau diangen yn yr ysbyty - cynllunio gofal o'r cam derbyn hyd at y cam rhyddhau;
- Brysbennu gofal heb ei gynllunio, gan osgoi derbyniadau amhriodol i'r ysbyty;
- Ailalluogi - ymyriad byrdymor sydd naill ai'n ymyriad preswyl neu'n ymyriad cymunedol;
- Adsefydlu - ymyriad byrdymor sydd naill ai'n ymyriad preswyl neu'n ymyriad cymunedol.

Gofal yn y Gymuned

- Timau adnoddau cymunedol - cynnig gofal yn y cartref;
- Timau ymateb cymunedol - cynnig gofal yn y cartref ac atgyfeirio at wasanaethau eraill yn ôl yr angen;
- Timau ymateb aciwt - gwasanaethau a luniwyd i reoli argyfyngau sy'n darparu ymatebion yn y gymuned, gan osgoi'r angen i dderbyn cleifion i'r ysbyty yn ddiangen.

Gofal Ataliol/Rhagataliol a Gofal wedi'i Gynllunio

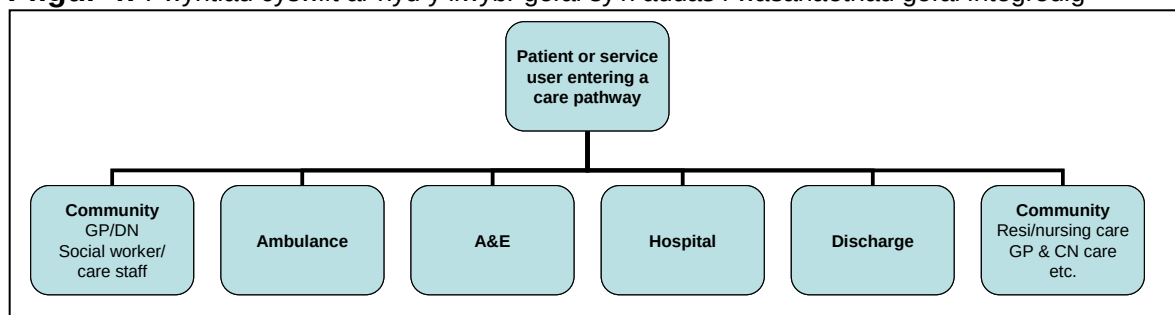
- Gofal ataliol, fel darparu offer ac atgyweirio tai;
- Gofal rhagataliol/wedi'i gynllunio fel sgrinio risg, a dulliau haenu risg er mwyn canfod cleifion sy'n wynebu risg a mannau â lefelau uchel o anghenion gofal;

- Gofal rhagataliol a gofal wedi'i gynllunio, fel rhaglenni ar gwympto, a derbyniadau a gynlluniwyd ar gyfer gofal llawdriniaethol a thriniaeth.

Mae'r mathau o wasanaethau integredig a restrir uchod yn wasanaethau mewn ysbytai a/neu yn y gymuned sy'n darparu gofal cyn neu ar ôl i gleifion gael eu derbyn i'r ysbyty ynghyd â gofal dilynol yn y gymuned.

Mae'r mathau hyn o fodelau gofal yn croestorri'r llwybrau gofal safonol ar bwyntiau gwahanol a dangosir hyn yn y diagram isod (Ffigur 4). Mae Ffigur 4 yn rhoi crynodeb o'r math o wasanaethau a ddatblygwyd ledled Cymru mewn ymateb i'r angen i ddarparu gofal gwell, sy'n fwy effeithlon ac effeithiol. Mae'r rhan fwyaf o'r gwasanaethau hyn yn dibynnu ar arbedion cost a gyflawnir drwy leihau'r defnydd diangen ac amhriodol o welyau ysbyty er mwyn rhoi cyfiawnhad dros eu datblygu a'u cynnal, yn hytrach na phwysleisio eu bod yn gwella iechyd a lles pobl hŷn.

Ffigur 4: Pwyntiau cyswllt ar hyd y llwybr gofal sy'n addas i wasanaethau gofal integredig



Patient or service user entering a care pathway – Claf neu ddefnyddiwr gwasanaeth sy'n ymuno â llwybr gofal

Community GP/DN... – **Cymuned** Meddyg teulu/Nyrs Ardal/Gweithiwr cymdeithasol/staff gofal

Ambiwllans

Adran damweiniau ac achosion brys

Ysbyty

Rhyddhau

Cymuned Gofal preswyl/nyrsio Gofal meddyg teulu a nyrs gymunedol ac ati

Mae'r disgrifiadau canlynol (Tabl 3) wedi categorieiddio'r pwyntiau cyswllt hyn. Darperir rhai enghreifftiau o fodelau darparu gwasanaeth yng Nghymru hefyd, er mwyn dangos sut y datblygwyd gwasanaethau er mwyn diwallu anghenion gofal gwahanol ar bwyntiau gwahanol mewn llwybr gofal.

Tabl 3: Enghreifftiau o wasanaethau gofal integredig sy'n ei gwneud hi'n hawdd pontio rhwng pwyntiau cyswllt ar y llwybr gofal ¹

Person hŷn yn ymuno â llwybr gofal					
↓	↓	↓	↓	↓	↓
Cymuned	Ambiwylans	Adran damweiniau ac achosion brys (A&E)	Ysbyty	Rhyddhau	Cymuned
Enghreifftiau o wasanaethau a dulliau gofal ar bob pwynt cyswllt					
Haenu risg	TY/AC Model Bhowmick	Brysbennu ar garreg y drws	Gweithiwr allweddol	Gweithiwr allweddol	Gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol am amser cyfyngedig
Cydgyflyrau	TYA	MT A&E			Adsefydlu
Ffactorau risg cymdeithasol ac iechyd	Cofnod iechyd integredig	TYA			Ailalluogi
Risg cod post	Gofal lliniarol				Gofal preswyl
Pwysau	BG				Gofal Cartref Nyrsio
Oedran/ffordd o fyw	PCGWT				TY/AC
Technegwyr fferyllol	Brysbennu galwadau 999				Gofal cymdeithasol yn y cartref
Rheoli cyflyrau cronig					Cyfleusterau gofal dydd
Atal achosion o gwmpo					Gofal seibiant
Timau Adnoddau Cymunedol					Gofal trydydd sector
Gofal cymdeithasol/ gwladwriaeth/ preifat					Gofal sector preifat
Teleofal/TG/ Larymau					Gofal Anffurfiol
Gofal trydydd sector					Tai

¹ Talfyriadau:

BG Blaengynlluniau gofal

PCGWT Penderfyniad Cynnar i Gael neu Wrthod Triniaeth

TYA -..... Timau ymateb aciwt

TY/AC Timau ymateb neu adnoddau cymunedol

NG Nyrs Gymunedol

MT Meddyg Teulu

TG Technoleg Gwybodaeth

Person hŷn yn ymuno â llwybr gofal					
↓	↓	↓	↓	↓	↓
Cymuned	Ambiwlans	Adran damweiniau ac achosion brys (A&E)	Ysbyty	Rhyddhau	Cymuned
Engbreiffiau o wasanaethau a dulliau gofal ar bob pwynt cyswllt					
Cyngor ar fudd- daliadau					Cymorth
Cyfeillio					Gofal ychwanegol
Cyfeirio					Teleofal/TG/ Larymau ac ati
Trafnidiaeth					
Prydau/siopa					
Glanhau					
Cyfleusterau gofal dydd					
Tai â Chymorth					

Gellir rhannu'r rhain yn categorïau gwahanol:

Ymyriad cyn gwasanaeth

Yn cynnwys haenu risg, nodi risg, rheoli risg a chynllunio gofal gan ddefnyddio meddygon teulu a chofnodion meddygon teulu, yn ogystal â thechnegwyr iechyd y cyhoedd a thechnegwyr fferyllol. Mae'r gwasanaethau'n cynnwys rhaglen atal cwmpo, addasiadau i gartrefi, sesiynau ymgynghori â deietegwyr ac ati.

Ymyriad gwasanaeth meddygol nad yw'n aciwt a gofal cymdeithasol

- Timau adnoddau a/neu ymateb cymunedol i hwyluso gofal yn y cartref.
- Gall cleifion gael y gwasanaethau hyn drwy gael eu hatgyfeirio at ganolfan cyfathrebu'r pwynt mynediad unigol.
- Gofal cydgysylltiedig yn y gymuned a ddarperir gan awdurdodau lleol a'r trydydd sector.
- Gofal cydgysylltiedig yn y gymuned a ddarperir gan feddygon teulu drwy dimau amlddisgyblaethol neu wardiau rhithwir.

Ymyriadau gwasanaeth yn yr ysbyty

Ymatebion Argyfwng a Brys:

- Mae meddygon teulu yn defnyddio Model Bhowmick neu'n defnyddio Timau Ymateb Aciwt.
- Brysbennu galwadau 999. Caiff argyfyngau nad ydynt yn aciwt eu hailgyfeirio at y meddyg teulu, y meddyg teulu y tu allan i oriau neu feddyg teulu'r adran damweiniau ac achosion brys. Yna defnyddir ymateb sy'n seiliedig ar fodel Bhowmick neu dîm ymateb aciwt. Hynny yw, cynllun gofal a roddir ar waith gan nyrs arbenigol gan ddefnyddio cyfuniad o'r gwasanaethau sydd eu hangen.

Gwasanaethau mewn ysbytai

Derbyn i ofal aciwt;

- Caiff y claf ei neilltuo i weithiwr allweddol sy'n cynllunio'r broses ryddhau o'r dechrau.

Rhyddhau o ofal aciwt:

- Caiff llwybr gofal ei lunio a chaiff ei roi ar waith o'r adeg pan gaiff y claf ei ryddhau gan feddyg ymgynghorol.
- Timau ymateb cymunedol neu dimau ailalluogi yn cymryd drosodd (byrdymor).

Gofal yn y Gymuned

Gwasanaethau integredig sy'n darparu pecynnau gofal i'r person yn ei gartref ei hun, a gaiff eu hwyluso gan dîm adnoddau cymunedol a'u gweithredu ar y cyd â meddygon teulu a'r sector gwirfoddol (pecyn gofal tymor hwy).

Ar hyn o bryd, mae'r ffyrdd amrywiol o ddarparu gofal integredig yn cynnwys ymateb i anghenion unigryw y rhai sy'n cael gwasanaethau. Mae datblygiad organig gwasanaethau sy'n briodol i'r unigolyn dan sylw yn dangos bod model gofal integredig sy'n addas i bawb yn afrealistig. Fodd bynnag, mae'r ddamcaniaeth brofadwy yn rhoi darlun delfrydol o ofal integredig ac mae llawer o'r gwasanaethau hyn yn 'cyd-fynd' â'r ddelfryd hon i ryw raddau. Felly,

mae dilyn un model diffiniol wrth ailgynllunio gwasanaethau yn debygol o fod yn amhriodol.

Mae'r adran ganlynol yn adolygu'n fanylach rai enghreifftiau o'r gwasanaethau hyn yng Nghymru, ac yn ystyried sut mae pob model gwasanaeth neu ddamcaniaeth rhaglen yn gweithio orau i bwy, pam ac o dan ba amgylchiadau.

Canlyniadau: Rhan 2

Trafodir y themâu pwysig hyn yn fanylach isod ac fe'u cysylltir â phob un o'r gwasanaethau unigol a gafodd eu cynnwys yn y gwerthusiad, gan ystyried y cyd-destun lleol, y mecanweithiau a ddefnyddiwyd i ddarparu gwasanaethau a'r allbynnau a'r canlyniadau a gyflawnwyd.

Ar gyfer y gwerthusiad realistig, caiff y modelau gofal dan sylw eu hystyried yn rhaglenni darparu gwasanaeth. Fel y cyfryw, caiff y dull a ddefnyddir i ddarparu'r gwasanaeth integredig ei alw'n 'ddamcaniaeth rhaglen' (fe'i gelwir weithiau yn fodel rhesymegol, damcaniaeth newid neu'n fframwaith rhesymegol). Caiff y model gofal gwirioneddol (y rhaglen) ei gymharu â'r model gofal integredig cysyniadol (y ddamcaniaeth brofadwy a amlinellir yn Ffigur 2).

Lluniwyd y crynodebau isod, mewn sawl achos, ar sail un cyfweiliad. Er bod cyfyngiadau cynhenid i'r dull hwn o weithredu, mae'n ddefnyddiol yn y cyd-destun penodol hwn, gan ei fod yn rhoi darlun gwerthfawr o sut a pham y credir bod gwasanaethau integredig yn gweithio, sy'n ein galluogi i lunio damcaniaeth gyffredinol a'i defnyddio at ddibenion asesu. Nid yw'r gwasanaethau/prosiectau a ddisgrifir yn yr adran wedi'u gwerthuso fel rhan o'r astudiaeth hon. Dylid cofio hyn wrth ddarllen a dehongli'r wybodaeth.

Gwasanaethau Gofal Integredig Pen-y-bont ar Ogwr

Cyngor Bwrdeistref Sirol Pen-y-bont ar Ogwr a Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Ailfodelu gofal cymdeithasol i oedolion yn unol â phrosiectau iechyd a gofal cymdeithasol integredig.	• canolfan rheoli atgyfeiriadau integredig	• byw'n annibynnol
	• tîm adnoddau cymunedol	• lleihau derbyniadau brys
	• tîm rhwydwaith cymunedol	• lleihau oedi wrth drosglwyddo gofal
	• tîm gofal hirdymor	• lleihau'r nifer a gaiff eu lleoli mewn gofal preswyl
	• gwasanaeth atal iechyd y cyhoedd	
	• datblygu'r rhyngwyneb rhwng gofal eilaidd a gofal yn y gymuned	

Maint yr integreiddio:

Macro: cyfyngedig

Meso: rhywfaint o weinyddu ar y cyd, rhannu adnoddau a chydleoli

Micro: integreiddio ar lefel micro yn bennaf gyda gwaith integredig rhyngbroffesiynol

Tabl 4: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Pen-y-bont ar Ogwr, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /eilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	Systemau TG	Systemau TG	Systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygu	Adolygu	Adolygu
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Mae Gwasanaethau Iechyd a Gofal Cymdeithasol Integredig Pen-y-bont ar Ogwr yn gweithio i ddarparu gofal yn y gymuned, gofal hirdymor a gwasanaethau atal. Mae'r gwasanaethau'n amrywio o dimau adnoddau ac ailalluogi cymunedol, canolfan rheoli atgyfeiriadau, technegydd fferyllol, rhwydweithiau cymunedol ac ymyriadau iechyd y cyhoedd.

Mae'r timau integredig yn gweithio i gyflawni pedwar targed, sef:

- Hybu annibyniaeth:

Defnyddio gwasanaethau Teleofal, ailalluogi a Bridgestart i leihau pryder ac arwahanrwydd cymdeithasol, drwy gynnal rhwydweithiau cymunedol.

- Lleihau Derbyniadau brys:
Ymyrryd ar y pwynt mynediad gan ddefnyddio'r tîm ymateb cymunedol a thechnegydd fferyllol i adolygu meddyginiaeth, lleihau galwadau brys a derbyniadau o leoliadau gofal preswyl a nyrsio.
- Lleihau oedi wrth drosglwyddo gofal:
Caiff cleifion a atgyfeirir eu trosglwyddo'n syth i'r tîm ailalluogi fel y gellir rhyddhau cleifion yn gyflymach, caiff cleifion a atgyfeirir eu gweld gan weithiwr cymdeithasol, caiff cleifion a atgyfeirir eu dyrannu i dimau rhwydwaith lleol, ailstrwythuro gwasanaethau adsefydlu.
- Lleihau'r nifer a gaiff eu lleoli mewn gofal Preswyl/Nyrsio:
Defnyddio gofal a chyfleusterau ailalluogi.

Ar hyn o bryd, caiff perfformiad gwasanaethau ei fonitro ar lefel leol, ar lefel sefydliadol a lefel genedlaethol, gan ddefnyddio'r dangosyddion perfformiad cenedlaethol. Awgryma'r dangosyddion perfformiad cenedlaethol bod y gyfradd oedi wrth drosglwyddo gofal am resymau'n ymwneud â gofal cymdeithasol wedi gwella ac erbyn mis Rhagfyr 2012, roedd canran uwch o bobl hŷn yn cael cymorth yn y gymuned.

Anawsterau presennol:

- Mae'r newid a'r ailfodelu sy'n digwydd ar hyn o bryd yn golygu bod gwasanaethau'n esblygu'n gyson.
- Mae angen sefydlu trefniadau gwaith newydd a diffinio rolau'n fanylach.
- Casglu data sy'n dangos bod gwelliannau cynaliadwy'n cael eu gwneud er mwyn darparu gwasanaethau.

Llwyddiannau presennol:

- Y cynnydd wrth ddatblygu gofal integredig.

Ystyriaethau yn y dyfodol:

- Wrth i'r prosiectau ddechrau newid prosesau gweithredol, bydd angen cyflwyno trefniadau casglu data newydd.

- Mae angen adolygu trefniadau casglu data. Rhaid cymharu data yn erbyn costau gofal sydd wedi'u meincodi. Mae angen cydweithio'n agosach â'r elfennau cyllid er mwyn costio'r gofal a ddarperir.
- Cyflwyno un gronfa ddata iechyd a gofal cymdeithasol a rennir.
- Monitro canlyniadau anfwriadol yn gyson pan gaiff gwasanaethau newydd eu mabwysiadu.
- Mae angen cael mwy o adborth gan staff a defnyddwyr gwasanaethau er mwyn sicrhau y gellir olrhain y canlyniadau gofal dymunol drwy'r broses ofal.
- Mae angen meithrin cydberthnasau gwaith gwell â meddygon teulu.

Crynodeb

Ym mis Rhagfyr 2012, roedd y cyd-destun ar gyfer datblygu gwasanaethau ym Mhen-y-bont ar Ogwr wedi'i seilio ar yr angen i ymateb i gyfarwydddebau i ddatblygu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig, gyda'r nod o symleiddio gwasanaethau a lleihau costau. Defnyddir dangosyddion perfformiad i fonitro'r defnydd a wneir o wasanaethau, ond nid ydynt yn dangos effaith y camau i ailstrwythuro gwasanaethau ar brofiadau'r defnyddiwr terfynol. Yn anecdotaidd, mae'r newidiadau a wnaed wedi cael eu croesawu gan y gweithwyr proffesiynol sy'n gweithio o fewn y gwasanaethau newydd a'r defnyddwyr gwasanaethau.

Mae'r siapiau ar Tabl 4 yn dangos ble caiff iechyd a gofal cymdeithasol eu hintegreiddio ar lefelau gwahanol o fewn gwasanaethau. Mae'r siapiau'n croestorri'n bennaf ar waelod y tabl yn yr adran micro/darparu gwasanaethau sy'n awgrymu bod Pen-y-bont ar Ogwr wedi ailgynllunio gwasanaethau o'r gwaelod i fyny gyda'r nod o ddatblygu strwythur macro integredig wrth i wasanaethau ddatblygu. Mae'r model datblygu gwasanaethau hwn yn dilyn llwybr llinellol gan anelu at y nod cysyniadol o ddarparu gofal integredig ar bob lefel sefydliadol. Mae'r tîm presennol yn gweithio i werthuso gwasanaethau, costio'r ffyrdd newydd o ddarparu a chasglu adroddiadau gan ddefnyddwyr gwasanaethau er mwyn gwerthuso effaith y gofal.

Gwasanaethau Sylfaenol a Chymunedol Cwm Taf

Bwrdd Iechyd Cwm Taf, Cyngor Bwrdeistref Sirol Merthyr Tudful, Cyngor Bwrdeistref Sirol Rhondda Cynon Taf.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Mae ffyrdd newydd o weithio yn cael eu datblygu er mwyn diwallu anghenion iechyd a gofal cymdeithasol y gymuned yn unol ag amcanion y Llywodraeth	• pwyntiau mynediad unigol ar gyfer atgyfeiriadau i Ofal Canolraddol a Gwasanaethau Ailalluogi	• byw'n annibynnol
	• pwynt mynediad unigol i wasanaethau @Home	• llai o ddefnydd o wasanaethau
	• timau ailalluogi yn y gymuned	• lleihau oedi wrth drosglwyddo gofal
	• canolfan gyfathrebu	• cyflawni nodau unigol ar gyfer defnyddwyr gwasanaethau
	• cydleoli	• osgoi derbyniadau amhriodol i'r ysbyty
	• gwell gwasanaethau rhyddhau, rhyngwyneb rhwng gofal eilaidd a gofal yn y gymuned	
	• un atgyfeiriad therapi i therapi	

Maint yr integreiddio:

Macro: cyfyngedig.

Meso: rhywfaint o weinyddu ar y cyd, rhannu adnoddau a chydleoli.

Micro: integreiddio ar lefel micro yn bennaf gyda gwaith integredig rhyngbroffesiynol.

Tabl 5: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Cwm Taf, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /leilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Mae Bwrdd Iechyd Cwm Taf yn gweithio gyda Chynghorau Bwrdeistref Sirol Rhondda Cynon Taf a Merthyr Tudful i ddarparu gofal integredig i'r boblogaeth hŷn. Er bod ardal Bwrdd Iechyd Cwm Taf yn cynnwys pedair Bro, canolbwyntir i ddechrau ar integreiddio ym Mro Merthyr Tudful, yn dilyn yr ad-drefnu diweddar o fewn y sector gofal cymdeithasol i oedolion. Cytunwyd ar weledigaeth ar gyfer ein Model Bro Integredig, ynghyd â set o egwyddorion i'w dilyn wrth ei ddatblygu. Mae Bwrdd Cydweithredu Rhanbarthol Cwm Taf wedi nodi bod Bröydd Integredig ymhlith ei raglenni gwaith â blaenoriaeth ac mae gwaith yn mynd rhagddo ar ddwy lefel, sef Gwasanaethau Integredig a Rheolaeth Bro Integredig. O ran y lefel olaf hon, mae gwaith yn parhau i fynd rhagddo i ganfod sut y gellir cysoni strwythurau iechyd a gofal cymdeithasol er mwyn ategu Rheolaeth Bro integredig. Gwnaeth Llywodraeth Cymru gais

llwyddiannus am arian gan Gronfa Gymdeithasol Ewrop ar gyfer y gwaith hwn ar ddechrau 2013.

O ran Integreiddio Gwasanaethau, mae'r ffaith bod cais am £1.5m o arian "Buddsoddi-i-Arbed" wedi'i gymeradwyo o gymorth mawr er mwyn integreiddio a gwella gwasanaethau presennol, gan helpu i weithredu Gosod y Cyfeiriad. O ganlyniad i'r buddsoddiad hwn, caiff gwasanaethau cymunedol presennol eu trefnu'n wahanol a chaiff y ddarpariaeth ei hehangu er mwyn creu seilwaith cymunedol cryfach i reoli cleifion a fyddai wedi cael eu derbyn i ofal eilaidd yn draddodiadol o bosibl. Y nod yw ymyrryd ar gam cynharach yn llwybr y claf er mwyn atal cyflyrau rhag gwaethygu neu atal y claf rhag cyrraedd pwynt lle nad oes dewis arall ar gael ond ei dderbyn i'r ysbyty.

Mae gwasanaethau @Home yn cynnwys:

- Gwasanaeth Asesu Integredig yn y Gymuned (GAIG)
- Ward Cymunedol
- Gwasanaeth Mewnwythiennol Cymunedol

Mae'r bwrdd iechyd lleol a'r awdurdod lleol yn ymrwymedig i wella mynediad at wasanaethau fel ailalluogi a gofal canolraddol, y profwyd eu bod yn helpu unigolion i gadw eu hannibyniaeth. Mae'r awdurdod lleol wedi ad-drefnu ei wasanaethau er mwyn cynnig llwybrau atgyfeirio newydd i'r gwasanaethau hyn pan gaiff cleifion eu rhyddhau o leoliadau ysbyty aciwt. Defnyddir rhan o'r arian Buddsoddi-i-Arbed er mwyn cynyddu capasiti'r gwasanaethau hyn.

Ym maes ailalluogi y gwelwyd y cynnydd mwyaf o ran integreiddio gan y tri sefydliad. Mae timau'n cynnwys gweithwyr cymdeithasol, therapyddion galwedigaethol a ffisiotherapyddion. Caiff gwasanaethau eraill eu hyrwyddo, fel cyfarpar ac addasiadau i'r cartref, yn ogystal â larymau teleofal i'w gwisgo o amgylch y gwddf. Mae'r rhan fwyaf o'r atgyfeiriadau'n rhai rhyngbroffesiynol, yn rhai a wneir rhwng gwasanaethau neu'n rhai a wneir yn yr ysbyty pan gaiff cleifion eu rhyddhau. Caiff y gwasanaeth newydd ei lywodraethu gan reolwyr y gwasanaethau er mwyn annog y gwasanaethau i gydweithio â'i gilydd.

Ym Merthyr Tudful, ceir cyfleuster pwrpasol i gydleoli staff iechyd a gofal cymdeithasol. Mae agoriad Parc Iechyd Kier Hardie ym mis Medi 2012 yn gyfle unigryw i integreiddio gwasanaethau ymhellach.

Anawsterau presennol:

- Cydgysylltu staff.
- Ennyn hyder a pharch tuag at ddarparu gwasanaethau o ansawdd.
- Gwneir rhywfaint o waith i gostio gofal, ond mae'n gyfyngedig. Mae'n anodd cyfrifo gwir gost gofal a chymharu'r gost o ddarparu gofal o fewn y model newydd â'r ffyrdd blaenorol o weithio.
- Prin yw'r atgyfeiriadau gan feddygon teulu a nyrsys ardal i'r gwasanaethau @Home newydd.
- Mae gwasanaethau wedi datblygu'n arafach na'r gobaith, am fod y gwasanaethau a ddarperir yn ychwanegol at y ffyrdd traddodiadol o ddarparu gwasanaethau ac yn rhoi mwy o bwysau ar arferion gwaith staff.

Llwyddiannau presennol:

- Cael caniatâd ysgrifenedig gan ddefnyddwyr gwasanaethau i rannu gwybodaeth rhwng timau amlddisgyblaethol a goresgyn rhai o'r problemau a achosir gan systemau TG ar wahân.
- Mae'r gwasanaeth ailalluogi yn canolbwyntio ar gyflawni nodau a'r defnyddiwr gwasanaeth sy'n rheoli'r gofal. Mae'r gwasanaeth yn ceisio lleihau'r ddibyniaeth ar ofal.
- Mae'r gwasanaeth ailalluogi yn rheoli risg yn dda gan ddefnyddio amrywiaeth o dechnoleg a chyfarpar.
- Y llwybr diwygiedig i gael gwasanaethau gofal cymdeithasol pan gaiff claf ei ryddhau o'r ysbyty. Caiff anghenion gofal y claf eu hasesu i gychwyn gan staff y ward ac mae hyn yn arbed amser ac yn osgoi dyblygu ymdrechion.

- Mae swyddog cyswllt ar gyfer cleifion sy'n cael eu rhyddhau o'r ysbyty yn gweithio i'r gwasanaeth ailalluogi yn Rhondda Cynon Taf, sy'n golygu bod cleifion yn cael eu rhyddhau o'r ysbyty yn gyflymach.

Ystyriaethau yn y dyfodol:

- Mae angen cysoni iechyd a gwasanaethau cymdeithasol yn well drwy gysoni gwasanaethau'n strategol.
- Rhaid penodi cydgysylltwyr rhyddhau cleifion ar gyfer adrannau damweiniau ac achosion brys (gellir ystyried defnyddio'r rheolwyr gwelyau ar gyfer y dasg hon).
- Efallai y bydd angen adolygu'r penderfyniad i gyfyngu gwasanaethau ailalluogi i chwe wythnos o ofal.
- Nid yw gofal cymhleth bob amser yn cyd-fynd â'r model ailalluogi.
- Un gronfa ddata iechyd a gofal cymdeithasol a rennir.
- Monitro canlyniadau anfwriadol yn gyson pan gaiff gwasanaethau newydd eu hailfabwysiadu, y pryder yw bod gorddibyniaeth ar ofal a bod adolygiadau o ofal yn annigonol.
- Mae angen meithrin cydberthnasau gwaith gwell rhwng timau gofal cymdeithasol a gofal sylfaenol.
- Datblygu'r model @Homes ymhellach. Ailalluogi a Gofal Canolraddol.

Crynodeb

Datblygwyd gwasanaethau mewn ymateb i gyfarwydddebau gan y llywodraeth ac er mwyn dangos y gall ffyrdd newydd o ddarparu gwasanaethau helpu i osgoi costau o ran iechyd a gwasanaethau cymdeithasol. Mae'r ddamcaniaeth rhaglen yn Tabl 5 yn dangos mai ar y lefel integreiddio sefydliadol micro y mae iechyd a gofal cymdeithasol yn croestorri'n bennaf, sy'n golygu bod gwasanaethau wedi newid o'r gwaelod i fyny gyda llai o integreiddio ar y lefelau meso a micro. Caiff newid ei lywio ar y lefel macro, drwy arian gan y llywodraeth o'r Gronfa Buddsoddi-i-Arbed. Sefydlwyd y gronfa hon er mwyn hyrwyddo mentrau arbed costau y mae angen cymorth ariannol arnynt i'w galluogi i hyrwyddo newidiadau hirdymor ac arbed arian i'r pwrs cyhoeddus. Mae'r canlyniadau sydd i'w gweld, sy'n dangos

buddiannau'r gwasanaethau newydd i'r defnyddwyr, yn cael eu hasesu ar hyn o bryd. Caiff canlyniadau eu diffinio ar hyn o bryd ar sail mesurau allbwn sy'n rhoi syniad o berfformiad gwasanaethau.

Modelau Gofal Integredig Hywel Dda

Bwrdd Iechyd Hywel Dda, Cyngor Sir Caerfyrddin, Cyngor Sir Ceredigion, Cyngor Sir Penfro.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Darparu gofal yn agosach i'r cartref mewn ardal wledig. Canolbwyntio ar reoli risg a gofal rhagataliol	integreiddio cyfarwyddwyr a rheolwyr yn strategol	llywodraethu da
	timau ymateb aciwt (TYA)	darparu gofal yn y gymuned
	timau ymateb cymunedol (TYC)	gofal cydgysylltiedig
	timau cymorth amlasiantaethol (TCA)	
	canolfan gyfathrebu	
	cyfarfodydd amlddisgyblaethol (AD) wythnosol	
	broceriaid trydydd sector	
	gwasanaethau rhyddhau gwell	
	nodi/haenu a rheoli risg, ward rhithwir	
	cofnod iechyd integredig	

Maint yr integreiddio:

Macro: Cyd-gyfarwyddwyr a datblygu trefniadau ariannol Adran 33 rhwng gwasanaethau.

Meso: Gweinyddu ar y cyd, rhannu rhai adnoddau.

Micro: Gwaith amlddisgyblaethol rhwng darparwyr gwasanaethau yn bennaf.

Tabl 6: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Hywel Dda, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol/eilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat/trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Mae Hywel Dda wedi buddsoddi cryn dipyn o amser ac ymdrech i ddatblygu strwythur rheoli integredig er mwyn ymateb yn strategol i'r angen i weithio mewn ffordd integredig. Defnyddiwyd trefniadau integreiddio strategol fel llwyfan i ddatblygu gwasanaethau. Rhennir dealltwriaeth a threfniadau ariannol ar lefel prif weithredwyr, cyfarwyddwyr, a phenaethiaid gwasanaethau. Nid yw gwaith rhyngbroffesiynol rheng flaen, drwy gyfarfodydd timau amlddisgyblaethol wythnosol, wedi datblygu'n ddigonol eto, ond cydnabyddir bod y gweithwyr gofal proffesiynol wedi bod yn galw am integreiddio gwell ers blynnyddoedd a'u bod wedi meithrin cydberthnasau gwaith da yn organig ar draws gwasanaethau o ganlyniad i hynny. Mae canolfan gyfathrebu a chofnodion iechyd integredig ar gyfer gwasanaethau brys bellach ar gael er mwyn cydgysylltu atgyfeiriadau, ond mae'r ad-drefnu yn cymryd mwy o amser nag y byddent yn ei ddymuno. Mae'r bwrdd iechyd yn gorfod gweithio ar draws ardal ddaearyddol fawr a sawl awdurdod lleol, lle

ceir cryn amrywiaeth o ran gwasanaethau. Mae'r bwrdd iechyd wedi gwneud cais llwyddiannus am fenthyciad Buddsoddi-i-Arbed er mwyn datblygu'r defnydd o adnoddau darogan risg fel ffordd o reoli iechyd y cyhoedd. Mae'r bwrdd iechyd yn ystyried defnyddio system debyg i Atebolrwydd yn Seiliedig ar Ganlyniadau (ASG) er mwyn gwerthuso gwasanaethau, ond mae'n cydnabod nad yw iechyd cymunedol yn ddewis rhad.

Anawsterau presennol

- Yr angen i leihau gwariant ar ofal aciwt.
- Mae'n anodd gwerthuso gwasanaethau oherwydd caiff llawer o'r cofnodion eu gwneud ar bapur o hyd.
- Mae gan feddygon teulu a nyrsys ardal eu system eu hunain o ofal yn y gymuned.
- Nid yw'r polisi yn ddigon tebyg i'r ymarfer ac mae'n ceisio dal i fyny gyda gwasanaethau.
- Mae'r BILI yn gwasanaethu tair sir wahanol iawn.
- Mae lleihau cyllidebau a chyllidebu rhwng gwasanaethau yn gymhleth.

Llwyddiannau presennol

- Cydgynllunio gwasanaethau er mwyn darparu gofal.
- Datblygu'r cod ymarfer ar gydgomisiynu rhwng sectorau.
- Trefniadau gwaith gyda'r sector gwirfoddol.
- Y cofnod iechyd integredig.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Symud ymlaen ag argymhellion adroddiad Foundations for Change i werthuso gwasanaethau.
- Gweithio gyda'r King's Fund i ddatblygu dull Atebolrwydd yn Seiliedig ar Ganlyniadau er mwyn gwerthuso gwasanaethau.
- Cydberthnasau gwaith gwell gan ddefnyddio trefniadau Adran 33 gyda darparwyr gwasanaethau eraill.
- Datblygu dulliau rhagfynegi a haenu risg er mwyn atal anghenion gofal rhag codi yn y lle cyntaf a chynllunio gwasanaethau.

- Mae angen canllawiau a meincnodau cenedlaethol er mwyn datblygu gwasanaethau a gwerthuso gwasanaethau mewn ffordd safonedig.
- Cydberthnasau gwaith gwell â meddygon teulu a nyrsys ardal.

Crynodeb

Datblygwyd gwasanaethau yn Hywel Dda o'r brig i lawr er mwyn hyrwyddo newidiadau mewn gofal. Mae Tabl 6 yn dangos mai ar frig y tabl y mae'r siapiau sy'n cynrychioli iechyd a gofal cymdeithasol yn croestorri'n bennaf, ar y lefel sefydliadol macro, lle mae integreiddio wedi digwydd drwy ailgynllunio strategol ac yn unol â pholisi cenedlaethol. Parhawyd i ddarparu gofal drwy'r sectorau iechyd a gofal cymdeithasol gwahanol i raddau helaeth. Mae Bwrdd Iechyd Hywel Dda yn gwasanaethu ardal ddaearyddol fawr, sydd bron chwarter maint Cymru, ac sydd â phoblogaeth gymharol fach (375,061). Canolbwyntiwyd ar ddarparu gofal integredig yn y gymuned a gofal ataliol er mwyn datblygu strategaethau ar gyfer gofal wedi'i gynllunio a gofal rhagataliol. Mae'r ffaith bod gwasanaethau gofal integredig wedi cael eu cyflwyno o'r brig i lawr yn y tair sir yng Ngorllewin Cymru wedi llesteirio a chyfyngu i ryw raddau ar faint a chyflymder y camau i integreiddio gwasanaethau rheng flaen. Amser a ddengys sut y bydd y dull hwn o ddatblygu gwasanaethau yn cymharu â'r model gofal cysyniadol, a gynrychiolir gan y ddamcaniaeth brofadwy. Caiff gofal integredig ei ddatblygu ar sail llwybr llinellol am i lawr, er mwyn sicrhau integreiddio llawn ar bob lefel sefydliadol.

Prosiect Eiddilwch Gwent

Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan, Cyngor Bwrdeistref Sirol Blaenau Gwent, Cyngor Bwrdeistref Sirol Caerffili, Cyngor Sir Fynwy, Cyngor Dinas Casnewydd, Cyngor Bwrdeistref Sirol Torfaen.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Datblygwyd gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig i oedolion yn sgil model darparu gofal diffygiol. Mae Prosiect Eiddilwch Gwent yn defnyddio model system gyfan i ddarparu gofal ar draws pum ardal, un bwrdd iechyd lleol a'r sector gwirfoddol.	integreiddio cyfarwyddwyr a rheolwyr yn strategol	arbedion ariannol
	siopau cyfarpar ar y cyd	hybu annibyniaeth yn y gymuned
	cyllidebau cyfun rhwng iechyd a gofal cymdeithasol ar gyfer rhai gwasanaethau	llai o ddibyniaeth ar ofal sefydliadol a symud gofal i'r cartref
	timau eiddilwch sy'n gweithio yn y gymuned (TYC), ymateb cyflym, ysbyty yn y cartref, gofal brys yn y cartref, cwmpo ac ailalluogi	gofal ataliol er mwyn osgoi argyfyngau
	un pwynt mynediad	cydgysylltu'r ddarpariaeth iechyd a gofal cymdeithasol yn ddi-dor
	rhannu adnoddau TG a TG symudol	lleihau derbyniadau i'r ysbyty
	rhyddfrefinio rhai gwasanaethau	

Maint yr integreiddio:

Macro: Cyd-gyfarwyddwyr a threfniadau ariannol rhwng gwasanaethau.

Meso: Gweinyddu ar y cyd, rhannu rhai adnoddau.

Micro: Ar y cyfan, caiff gofal cydgysylltiedig ei ddarparu gan ddarparwyr gwasanaethau gwahanol, rhywfaint o ofal integredig â chyllidebau cyfun ac ati

Tabl 7: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Prosiect Eiddilwch Gwent, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /leilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Mae Prosiect Eiddilwch Gwent yn gweithio ar draws pum awdurdod lleol, un bwrdd iechyd lleol a'r sector gwirfoddol. Mae'r prosiect yn defnyddio sawl mecanwaith i integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol, gan weithio i ddiwallu anghenion difrifol a chymhleth pobl hŷn yn y gymuned. Caiff eiddilwch ei fesur yn glinigol ar sail cyfyngiadau o ran gallu ac iechyd. Ymhlith y gwasanaethau mae ymatebion cyflym a arweinir gan nyrsys, gofal cymdeithasol brys, cydgysylltu gofal ar ôl cwmpo, iechyd meddwl a thimau adnoddau cymunedol. Nid yw'r gwasanaethau hyn ar gael ar draws Bwrdd Iechyd Aneurin Bevan i gyd na'r pum awdurdod lleol. Mae'r ystod o wasanaethau sydd ar gael i ddefnyddwyr gwasanaethau yn dibynnu ar ble maent yn byw. Yn ddelfrydol, mae Timau Ymateb Cymunedol (TYC) yn cynnwys cyfuniad o weithwyr cymdeithasol, ffisiotherapyddion, therapyddion galwedigaethol, cydgysylltwyr gwasanaeth, nyrsys ymateb cyflym, nyrsys cyswllt ar gyfer

cleifion a gaiff eu rhyddhau o'r ysbyty a gweithwyr cymorth a lles. Nododd y rhanddeiliaid fod y gwasanaethau yn dal i geisio newid barn y cyhoedd bod TYC yn wasanaeth isradd o gymharu â gwasanaethau gofal aciwt traddodiadol yn yr ysbyty.

Anawsterau presennol

- Defnyddio technoleg gwybodaeth symudol i gasglu data.
- Cysylltu systemau ar draws y sector cyhoeddus.
- Argaeledd data a mynediad at ddata ar draws iechyd a gofal cymdeithasol.
- Oedi a heriau o ran recriwtio.
- Diffyg hyder meddygon teulu yn y system - e.e. roedd angen iddynt siarad yn uniongyrchol â meddyg ymgynghorol y TYC er mwyn trosglwyddo gwybodaeth glinigol am achosion cymhleth, mae system dwy haen bellach ar waith.
- Defnydd annigonol o'r gwasanaeth a all arwain at aneffeithlonrwydd o ran adnoddau a staff.
- Mae'r BILL yn gwasanaethu ardal fawr a gall ddominyddu gwasanaethau o bosibl.

Llwyddiannau presennol

- Arweinyddiaeth gadarn.
- Staff yn agored ac yn ymrwymedig i newid.
- System rheoli perfformiad wedi'i seilio ar ASG a chardiau adrodd.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- ALLau a'r BILL i gymeradwyo trefniadau cyllidebu cyfun cydweithredol yn ffurfiol.
- Adolygu'r rhaglen.
- Datblygu'r ganolfan alwadau fel pwynt mynediad unigol er mwyn ateb galw yn ôl yr angen.
- Datblygu'r porth TYC yn barhaus er mwyn casglu gwybodaeth.
- Meithrin cydberthnasau â meddygon teulu er mwyn 'marchnata' y TYC

- Cynllunio gwasanaethau gan ddefnyddio modelau rhagfynegol a gaiff eu paratoi ar gyfer y genhedlaeth nesaf o anghenion gofal.
- Efallai bod a wnelo integreiddio gofal mwy â rheoli costau yn hytrach nag arbed costau.

Crynodeb

Model Gwasanaeth Eiddilwch Gwent oedd un o'r modelau gofal integredig mawr cyntaf a sefydlwyd yng Nghymru. Mae Gwent wedi cael buddsoddiad sylweddol i ddatblygu gwasanaethau gofal integredig ar draws y pum awdurdod lleol. Mae Gwasanaeth Eiddilwch Gwent wedi gweithio i ddatblygu gwasanaethau gofal yn unol â'r model gofal integredig cysyniadol. Fel y cyfryw, mae model/damcaniaeth y rhaglen (Tabl 7) yn cynrychioli dull symlach o ddatblygu gwasanaethau ar bob lefel sefydliadol, sy'n debycach i'r ddamcaniaeth brofadwy. Mae'r dull hwn o ddatblygu a darparu gwasanaethau wedi peri anawsterau. Mae'r cyd-destunau amrywiol y datblygwyd gwasanaethau ynddynt wedi dylanwadu ar drefn gofal integredig. Ni ddarperir y gwasanaethau ym mhob ardal ar draws yr awdurdodau lleol. Caiff gofal integredig ei ddarparu mewn ffyrdd gwahanol, yn dibynnu ar sail sgiliau'r staff, yr adnoddau sydd ar gael a'r anghenion pwysig canfyddedig a nodwyd gan bob awdurdod lleol, ar y cyd â'r bwrdd iechyd lleol.

Integreiddio Gwasanaethau Powys

Bwrdd Addysgu Iechyd Powys, Cyngor Sir Powys.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Integreiddio gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol i oedolion mewn hinsawdd wleidyddol sy'n gadarn o blaid intragreiddio gwasanaethau cymdeithasol.	• Siopau cyfarpar ar y cyd	• Diwallu anghenion gofal unigol pobl hŷn
	• Cyllidebau cyfun rhwng iechyd a gofal cymdeithasol ar gyfer rhai gwasanaethau	• Darparwyr lluosog yn darparu gofal di-dor
	• Cydleoli	
	• Cyfuno TG, systemau e-bost a mynediad	
	• Gofal cyffredin i bobl hŷn mewn meddygfeydd	

Maint yr integreiddio:

Macro: Cyfarwyddwyr a rheolwyr gwahanol rhwng gwasanaethau.

Meso: Rhywfaint o weinyddu ar y cyd, rhannu adnoddau a chydleoli.

Micro: Ar y cyfan, caiff gofal cydgysylltiedig ei ddarparu gan ddarparwyr gwasanaethau gwahanol, rhywfaint o dystiolaeth o ofal integredig â chyllidebau cyfun ac ati

Tabl 8: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Powys, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /leilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat/trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Mae Powys yn unigryw yn yr ystyr nad oes ganddi unrhyw wasanaethau meddygol aciwt. Yn draddodiadol, mae anghenion gofal wedi'u diwallu gan ddefnyddio gofal cymdeithasol ac aed ati i integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol ar sail cydberthnasau. Mae'r cydweithredu diweddar rhwng Gwasanaethau Cymdeithasol Powys a Cheredigion wedi defnyddio llawer o amser ac adnoddau ac o ganlyniad rhoddwyd llai o flaenoriaeth i'r agenda iechyd a gofal cymdeithasol integredig. Mae prosesau integreiddio wedi'u seilio ar uno systemau TG a darparu cymysgedd o wasanaethau i ddiwallu anghenion drwy ailalluogi, gofal yn y cartref a TYC. Mae gofal integredig â chytundebau Adran 33 wedi digwydd ar ffurf storfeydd cyfarpar rhwng iechyd a gofal cymdeithasol a gwasanaethau gofal a thrwsio trydydd sector a bydd yn digwydd nesaf gyda gwasanaethau ailalluogi. Bu'n gymharol syml darparu cyfarpar i sawl asiantaeth, gan ddefnyddio model busnes i anfonebu sectorau

am y gwasanaethau a'r cyfarpar a archebwyd o'r storfeydd (fel rhan o raglen genedlaethol).

Anawsterau presennol

- Diffyg cymhelliant o fewn yr awdurdod lleol i integreiddio gofal.
- Bygythiad y bydd arian yr awdurdod lleol yn lleihau ac y bydd y baich costau'n syrthio ar iechyd.
- Caiff gwasanaethau eu gwerthuso mewn ffordd ddigyswllt.

Llwyddiannau presennol

- Integreiddio'r llwyfannau TG rhwng gofal iechyd a chymdeithasol.
- Rhyngwynebau gwybodaeth ysbytai cymunedol gyda gwybodaeth gymunedol.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Integreiddio swyddi strategol.
- Mwy o rolau ar y cyd ar lefel leol.
- Mwy o gytundebau Adran 33.

Crynodeb

Mae storfeydd cyfarpar pwrpasol, a ddefnyddir ar y cyd gan iechyd a gofal cymdeithasol ac a gaiff eu rheoli gan y trydydd sector gan ddefnyddio model busnes, yn seiliedig ar arian gwarantedig drwy gytundeb Adran 33, wedi sicrhau bod gwasanaeth cyfarpar dibynadwy ac effeithlon ar waith ar draws y siroedd. Ceir mynediad canolog i'r storfeydd cyfarpar ac maent wedi'u lleoli mewn mannau canolog. Derbynnir atgyfeiriadau ac ymatebir iddynt ar unwaith oherwydd gall stoc gael ei storio, ei reoli a'i ailarchebu a gellir anfonebu a thalu amdano drwy delerau ac amodau y cytunwyd arnynt. Caiff y busnes ei warantu a'i reoli a gellir rhoi cyfrif amdano. Mae model y rhaglen wedi'i integreiddio ar lefel strategol er mwyn sicrhau sefydlogrwydd ariannol ac wedi'i integreiddio ar lefel darparu fel gwasanaeth annibynnol, sy'n gweithio gydag anghenion sy'n croestorri gwasanaethau. Mae Powys wedi integreiddio

o'r gwaelod i fyny ar y cyfan wrth i ofal rheng flaen arwain y gwaith o strwythuro gofal er mwyn diwallu anghenion lleol y gymuned yn y ffordd orau. Mae Tabl 8 yn cynrychioli Powys yn ei chyfanrwydd. Er bod y storfeydd cyfarpar wedi'u hintegreiddio'n drylwyr, dim ond ar lefel gofal rheng flaen yn bennaf y gwelir bod iechyd a gofal cymdeithasol wedi'u hintegreiddio.

Gwasanaethau Integredig Bro Morgannwg

Cyngor Bro Morgannwg, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Ad-drefnu Gwasanaethau Oedolion ar gyfer pobl hŷn, eiddil	• Timau Ymateb Cymunedol (TYC)	• Hwyluso prosesau rhyddhau'n gynnar
	• Timau Ymateb Aciwt (TYA)	• Gofal iechyd yn y gymuned
	• Gwasanaeth Asesu Gofal i'r Henoed	• Arbed costau
	• Cymorth Gofal yn y Cartref	
	• Rheoli Cyflyrau Cronig fesul Achos	
	• Defnyddio'r Sector Gwirfoddol	
	• Cymorth Fferyllol	
	• Fflebotomi Cymunedol	

Maint yr integreiddio:

Macro: Cyd-gyfarwyddwyr a chyd-reolwyr rhwng gwasanaethau ym Mro Morgannwg.

Meso: Rhywfaint o weinyddu ar y cyd, rhannu rhai adnoddau a rhywfaint o gydleoli.

Micro: Gwasanaethau integredig ar y cyfan ar lefel ymarferol.

Tabl 9: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Bro Morgannwg, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /leilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Mae Bro Morgannwg wedi integreiddio gofal mewn ffordd strategol.

Penodwyd Cyd-Bennaeth Gwasanaethau Oedolion a Chyfarwyddwr Bro er mwyn ailstrwythuro gwasanaethau oedolion. Mae gan dimau'r awdurdod lleol a'r GIG gyd-reolwr gweithredol hefyd. Mae gan y modelau gofal integredig sianeli llywodraethu pendant rhwng iechyd a'r awdurdod lleol. Mae adnoddau wedi cael eu hintegreiddio a'u cydleoli a chânt eu rheoli ar y cyd. Defnyddiwyd yr arian a gafwyd yn ddiweddar gan Buddsoddi-i-Arbed (2012) er mwyn ariannu Ymgyrch Wyn. Mae Ymgyrch Wyn yn canolbwyntio ar wasanaethau i bobl hŷn eiddil yng Nghaerdydd a'r Fro. Mae'n gweithio ar draws systemau cyfan i ddatblygu gofal hollgynhwysol, penodol a thymor hwy ar gyfer pobl hŷn, gan ddefnyddio timau adnoddau cymunedol (TAC) yn y lle cyntaf. Bydd hefyd yn datblygu timau ymateb aciwt, proses haenu risg, rhaglenni ar gwmpo, adnodd monitro fferyllfeydd a dull o reoli cyflyrau cymhleth a chronig fesul achos.

Anawsterau presennol

- TG a rhannu gwybodaeth.
- Mae cydleoli'n anodd oherwydd prinder adnoddau.
- Rhai ffactorau ar lefel leol sy'n golygu na chaiff gofal yn y gymuned ei dderbyn na'i werthfawrogi.

Llwyddiannau presennol

- Mae camau gweithredu a gwasanaethau tameidiog yn cael eu hymestyn er mwyn newid y system gyfan.
- Arian Buddsoddi-i-Arbed er mwyn datblygu Ymgyrch Wyn.
- Mae rheolwyr ar lefel ymarferol yn delio'n effeithiol â chamau i integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol.
- Mae timau integredig yn gweithio'n dda â'r rheolwyr timau mewn ysbytai.
- Systemau llywodraethu sefydledig.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Gwerthuso'r gwasanaeth gan ddefnyddio'r data cronol.
- Integreiddio llwyfannau TG, rhannu gwybodaeth a diogelu data.
- Asesu'r arbedion ariannol a wneir.

Crynodeb

Mae Ymgyrch Wyn yn anelu at integreiddio gwasanaethau mewn ffordd gyfannol ar bob lefel sefydliadol (Tabl 8) ac mae'n cyd-fynd yn dda â chysyniad gofal integredig delfrydol y ddamcaniaeth brofadwy. Mae'r anawsterau presennol yn dangos nad yw rhai agweddau ar y trefniadau sefydliadol yn cyd-fynd â delfryd y ddamcaniaeth brofadwy. Defnyddiwyd arian Buddsoddi-i-Arbed er mwyn goresgyn rhai o'r anawsterau hyn. Ar adeg cyhoeddi, nid yw'r gwasanaeth wedi'i werthuso na'i gostio, ond mae gwaith yn mynd rhagddo i ddatblygu dull ymarferol o wneud hynny. Bydd hyn yn asesu

a yw'r model integredig yn cael effaith ar brofiad y defnyddiwr gwasanaeth ac effeithlonrwydd gweithredol, o gymharu â dulliau blaenorol o weithio.

Gofal Canolraddol Wrecsam

Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr, Cyngor Bwrdeistref Sirol Wrecsam.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Menter ar y cyd rhwng y GIG, Gwasanaethau Cymdeithasol Wrecsam, y sector gwirfoddol a'r Cyngor Iechyd Cymuned	• Gwasanaethau gofal canolraddol	• Rhyddhau cleifion o'r ysbyty yn effeithlon
	• Tîm eiddilwch	• Lleihau arosiadau yn yr ysbyty
	• Tîm ailalluogi	• Ailalluogi'r person i fyw yn ei gartref
		• Osgoi derbyniadau amhriodol i'r ysbyty

Maint yr integreiddio:

Macro: Dim.

Meso: Rhywfaint o weinyddu ar y cyd, rhannu rhai adnoddau.

Micro: Gwasanaethau eiddilwch integredig ar lefel ymarferol yn gyffredinol.

Tabl 10: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /eilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio	Storio	Storio cofnodion/TG

	cofnodion/TG	cofnodion/TG	
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Roedd y Tîm Gofal Canolraddol mewn ysbytai yn fenter a arweiniwyd gan feddygon ymgynghorol. Cafodd ei datblygu mewn ymateb i gyfarwyddbau gan y llywodraeth a rhywfaint o arian gan Lywodraeth Cymru. Y nod oedd integreiddio gofal er mwyn lleihau derbyniadau i'r ysbyty a rhyddhau cleifion yn gyflymach. Mae'n defnyddio pecyn gofal â chymorth sy'n para am gyfnod cyfyngedig o bedair wythnos ac os oes angen, caiff y claf ei atgyfeirio wedyn at dîm ailalluogi neu'r gwasanaethau cymdeithasol. Caiff gweithiwr allweddol ei glustnodi i berson hŷn y tybir ei fod yn eiddil, naill ai yn ystod asesiad pan gaiff ei dderbyn i'r ysbyty, mewn adran damweiniau ac achosion brys neu mewn lleoliad gofal yn y gymuned, a chaiff strategaeth gadael gofal ei llunio. Caiff cleifion eu sgrinio a chaiff anghenion canolig eu rheoli gan y tîm gofal canolraddol. Mae'r staff (gweithiwr cymdeithasol ar alwad, dwy uwch nyrs, ffisiotherapydd, therapydd galwedigaethol a'r gwasanaethau gwirfoddol) yn gweithio'n effeithiol gyda'i gilydd. Nid ydynt wedi'u cydleoli, nid ydynt yn rhannu cyllideb, ac nid ydynt yn gweithio o fewn strwythur rheoli hierarchaidd.

Anawsterau presennol

- Roedd ansicrwydd ynghylch cyllid y prosiect wedi golygu y bu'n anodd recriwtio a chadw staff.
- Nid yw traddodiadau a thargedau amrywiol y sectorau iechyd a gofal cymdeithasol bob amser yn gydnaws â'i gilydd.
- Mae angen mwy o amser i addysgu gweithwyr iechyd proffesiynol am werth y gwasanaeth.
- Ni all gwasanaethau canolraddol reoli cyflyrau na gofal cymhleth.
- Mae'r strwythur arwain yn aneglur.

Llwyddiannau presennol

- Adborth ansoddol da gan gleifion/defnyddwyr gwasanaethau.
- Caiff anghenion cleifion eu canfod yn gynharach yn y system (adeg eu derbyn) a gellir cynllunio cymorth gofal/adsefydlu.
- Caiff cleifion eu rhyddhau o'r ysbyty yn gyflymach.
- Staff yn cydweithredu â'i gilydd.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Ymgysylltu'n well â meddygon teulu.
- Caiff y gwasanaeth ei werthuso gan ddefnyddio dull atebolrwydd yn seiliedig ar ganlyniadau. Mae angen cwblhau'r gwerthusiad hwn a pharatoi adroddiad arno.

Crynodeb

Mae'r enghraifft hon o wasanaeth iechyd a gofal cymdeithasol integredig i bobl hŷn a ddefnyddiwyd yn Wrecsam wedi'i hyrwyddo gan geriatregydd, a gyflogir gan y Bwrdd Iechyd Lleol gyda rhywfaint o gyllid gan y llywodraeth. Felly, mae unrhyw gamau integreiddio wedi'u cyfyngu i'r lefel ddarparu/micro, gyda rhai ymatebion ar y cyd gan adrannau adnoddau dynol, gweinyddu a chyllid yn ôl yr angen. Fel y cyfryw, dengys Tabl 10 mai dim ond ar y lefel micro y mae iechyd a gofal cymdeithasol yn croestorri. Mae arweinyddiaeth gref ar lefel ymarferol wedi symud y gwasanaeth yn ei flaen ac mae rhywfaint

o dystiolaeth ar gael i awgrymu bod y gwasanaeth wedi arbed arian yn ystod ei chwe mis cyntaf. Awgryma adroddiadau ansoddol fod defnyddwyr gwasanaethau yn falch eu bod yn gallu cysylltu â'r gweithiwr allweddol i drafod eu hanghenion gofal.

Gofal Ymateb i Argyfwng Torfaen/Ynys Môn/Gogledd Powys

Ymateb cymunedol aciwt a arweinir gan feddyg ymgynghorol - Model Ymyriad Bhowmick.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Gwasanaeth a gaiff ei lywio gan feddygon ymgynghorol i sicrhau bod pobl hŷn yn cael y gofal gorau ac atal derbyniadau diangen i'r ysbyty	• Timau amlddisgyblaethol (TAD) a arweinir gan feddygon ymgynghorol yn gofalu am gleifion drwy ward cymunedol rhithwir	• Y cartref yw'r ysbyty
	• Atgyfeiriadau gan feddygon teulu	• Osgoi derbyniadau i'r ysbyty
		• Caiff gofal parhaus ei hwyluso
		• Osgoi defnydd diangen o'r gwasanaethau brys
		• Hyrwyddo urddas mewn gofal

Maint yr integreiddio:

Macro: Dim.

Meso: Dim.

Micro: Gwasanaethau eiddilwch integredig ar lefel ymarferol.

Tabl 11: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Model Bhowmick, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /eilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Rhoddwyd y model gofal hwn ar waith yn llwyddiannus yn Nhorfaen (2006) ac Ynys Môn (2011) ac mae bellach yn cael ei hyrwyddo yng Ngogledd Powys (2013). Cynlluniwyd model gofal Bhowmick fel gwasanaeth ataliol i geisio osgoi derbyn pobl hŷn, eiddil i'r ysbyty yn amhriodol, atal defnydd diangen o'r gwasanaethau brys ac atal arosiadau hir a diangen yn yr ysbyty. Cafodd datblygiad y gwasanaeth hwn ei hwyluso'n bennaf gan geriatregydd ymgynghorol. Mae'r gwasanaeth yn defnyddio model gofal meddygol a chaiff y staff hyfforddiant priodol. Mae'r gwasanaethau a'r awdurdodau lleol yn cydweithredu ar bob lefel; ynghyd â gwasanaethau seiciatrig, gofal lliniarol, y gwasanaeth ambiwlans, unedau mân anafiadau, gofal eilaidd, biocemeg, hematoleg, radioleg, nyrsys ardal, cartrefi gofal preswyl, y sector gwirfoddol a

meddygon teulu. Caiff galwadau brys ac argyfwng i'r meddyg teulu neu'r Gwasanaeth Ambiwylans eu sgrinio a'u hatgyfeirio i'r geriatregydd ymgynghorol. Mae gweithiwr gofal iechyd neu uwch nyrs yn ymateb o fewn awr, yn cynnal asesiad llawn ac yn gwneud profion gwaed. Caiff y canlyniadau eu hanfon at y meddyg ymgynghorol/nyrs a'u trafod â'r meddyg teulu a chaiff y claf ei drin yn ei gartref ei hun os yw hynny'n briodol. Mae TAD llawn yn cyfarfod bob bore i drafod pob claf (rhwng 10 a 14) sydd ar y ward cymunedol rhithiwr. Caiff clefion eu rhyddhau i'w meddyg teulu a gwasanaethau statudol lle mae pecynnau gofal priodol ar waith.

Anawsterau presennol

- Cydgysylltu gwasanaethau.
- Gwerthu/marchnata'r gwasanaeth fel cysyniad gofal.
- Ennyn hyder yn y gwasanaeth.

Llwyddiannau presennol

- Gofal clinigydd i glinigydd.
- Gall person hŷn gael ei drin yn ei gartref ei hun ynghyd â'r holl fuddiannau sy'n gysylltiedig â hynny.
- Defnyddir yr adnoddau sydd ar gael ar hyn o bryd yn strategol er mwyn gwella'r gwasanaeth a ddarperir.
- Yr awgrym yw bod y gwasanaeth yn hynod gost-effeithiol pan ddefnyddir osgoi gwelyau ysbyty fel mesur allbwn.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Ymarferoldeb rhoi'r model gwasanaeth hwn ar waith ledled Cymru ar gyfer pobl hŷn, eiddil.

Crynodeb

Mae'r model gofal hwn (Tabl 11) yn canolbwyntio ar ofal pobl hŷn. Fe'i llywiwyd gan glinigwyr, un yn benodol, a gweithwyr gofal iechyd proffesiynol sy'n gweithio gyda'i gilydd er mwyn datblygu gofal sylfaenol, gofal eilaidd, gofal yn y gymuned a gofal cymdeithasol. Bu cyfraniad meddygon teulu yn

ganolog i lwyddiant parhaus y gwasanaeth hwn. Mae'r sianeli deialog agored rhwng y geriatregydd, y tîm iechyd a gofal cymdeithasol a'r meddygon teulu wedi bod hanfodol i lwyddiant. Yn yr enghraifft hon, datblygwyd gwasanaethau gofal integredig o'r gwaelod i fyny a dywedir eu bod yn effeithlon, yn gost-effeithiol ac yn fuddiol i'r defnyddiwr gwasanaeth.

Gwelliannau i Gartrefi a Chymorth Cysylltiedig

Gofal a thrwsio.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Menter ar y cyd rhwng y GIG, y Gwasanaethau Cymdeithasol a'r sector gwirfoddol	• Cytundebau adran 33	• Galluogi pobl i aros yn eu cartrefi eu hunain a'u rheoli
	• Y gronfa cyfleusterau i'r anabl	• Hwyluso'r cam trosiannol rhwng yr ysbyty a'r cartref, gan gyflymu'r broses ryddhau
	• Asiantaethau gofal a thrwsio ledled Cymru	• Gwneud addasiadau a gwelliannau i gartrefi fel y gellir defnyddio'r cartref fel ysbyty
	• Addasiadau cyflym i gartrefi pobl	• Lleihad o ran gofal yn yr ysbyty a gofal preswyl
	• Gwasanaethau galluogi a chynghor	
	• Mân addasiadau i'r cartref	
	• Atal achosion o gwmpo	
	• Teleofal	

Maint yr integreiddio:

Macro: Hwyluso ar lefel strategol fel y gellir sefydlu trefniadau cydweithio a chyd-ariannu.

Meso: Rhai storfeydd ar y cyd.

Micro: Gwasanaethau cydweithredol ar lefel ymarferol.

Tabl 12: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Gofal a Thrwsio, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /eilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Mae Gofal a Thrwsio Cymru yn sefydliad sector gwirfoddol sy'n gweithio ledled Cymru i ddarparu cyfarpar a gwasanaethau trwsio ar gyfer y cartref a gosod cymhorthion galluogi ac ailsefydlu yn y cartref. Wrth ddarparu'r gwasanaethau hyn mae wedi cydweithio'n llwyddiannus â'r gwasanaethau statudol a Llywodraeth Cymru. Mae Gofal a Thrwsio Cymru yn darparu gwasanaethau i rwydwaith o 22 o asiantaethau Gofal a Thrwsio ledled Cymru. Ariennir yr asiantaethau mewn ffyrdd amrywiol gan gynnwys: cyllid craidd gan Lywodraeth Cymru drwy'r rhaglen addasiadau brys (RRAP); grantiau cyfleusterau i'r anabl; a chyfraniadau gan y Gronfa Loteri Fawr a chyfraniadau elusenol. Nod y gwasanaethau gofal a thrwsio yw galluogi pobl i fyw'n fwy annibynnol yn eu cartrefi eu hunain. Fel sefydliad trydydd sector, mae Gofal a Thrwsio yn atebol i'w gyfranwyr niferus ac mae wedi datblygu systemau i

fesur buddiannau cymdeithasol ac economaidd gwasanaethau gofal a thrwsio gan ddefnyddio model busnes.

Anawsterau presennol

- Trefniadau ariannol ansicr o ran swm y ffrydiau ariannu yn ogystal â'u parhad a'u cysondeb.

Llwyddiannau presennol

- Darparu gwasanaethau effeithlon, ymatebol ac effeithiol.
- Caiff effaith ei mesur a'i hasesu gan ddefnyddio'r Handy Persons Financial Benefits Toolkit (O'Leary, Linney a Weiss, 2010).
- Caiff anghenion pobl eu hasesu yn gynt ac ymatebir iddynt yn gynt gan ddefnyddio gwasanaethau rhagataliol er mwyn gwneud addasiadau a gwelliannau i gartrefi.
- Yn sgil mesurau diogelwch yn y cartref ataliol, nid oes angen gwneud cymaint o waith pan gaiff cleifion eu rhyddhau o'r ysbyty, sydd wedi arwain at lai o oedi.
- Mae prosesau hunanatgyfeirio yn galluogi pobl i gymryd cyfrifoldeb am eu gofal eu hunain a'i reoli, gan hwyluso eu hannibyniaeth am gyfnod hwy.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Datblygu trefniadau rhwng gwasanaethau cymdeithasol ac iechyd drwy gytundebau Adran 33 a Memoranda Cyd-ddealltwriaeth.
- Datblygu trefniadau ariannu hirdymor mwy sicr.
- Datblygu'r gwasanaethau ataliol sy'n lleihau'r risg o gwmpo yn y cartref a'r tu allan i'r cartref.

Crynodeb

Fel sefydliad trydydd sector, mae Gofal a Thrwsio yn cynnig gwasanaeth annibynnol sydd wedi'i integreiddio drwy gytundebau lefel macro. Gall ddarparu gofal drwy drefniadau hunanatgyfeirio a chydweithio. Mae'r model gofal hwn yn wahanol i'r rhaglenni eraill a amlinellir yn yr adroddiad hwn.

Mae'r trefniadau integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol ar y lefel micro yn annibynnol ar y trefniadau gofal sefydliadol ehangach ar y lefel macro. Dangosir hyn gan y ddau siâp annibynnol sydd i'w gweld yn Tabl 12. Mae'r gwasanaeth yn darparu iechyd a gofal cymdeithasol sy'n gwbl integredig, ond drwy strwythur sefydliadol ar wahân. Nid yw'r rhaglen ofal hon yn 'cyd-fynd' â'r model gofal cysyniadol ond mae'n ffordd effeithlon iawn o ddarparu gwasanaethau integredig heb lawer o integreiddio lefel meso.

Broceriaid Sector Gwirfoddol yn gweithio gyda Thimau Adnoddau Cymunedol

Cymdeithas Gwasanaethau Gwirfoddol Sir Benfro.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Menter ar y cyd rhwng y GIG, y gwasanaethau cymdeithasol a'r sector gwirfoddol i lenwi'r "bwlch anghenion" rhwng gofal iechyd a gofal cymdeithasol	Broceriaid sector gwirfoddol sy'n gweithio gyda TAD o faes iechyd a gwasanaethau cymdeithasol	Galluogi pobl i aros ac ymdopi yn eu cartrefi a'u cymunedau eu hunain
	Arian y prosiect gofal iechyd parhaus	Hwyluso'r cam trosiannol rhwng yr ysbyty a'r cartref, gan gyflymu'r broses ryddhau
	Gweithio mewn partneriaeth â'r Bwrdd Iechyd	Diwallu anghenion cleifion y tu allan i'r modelau gwaith iechyd a gofal cymdeithasol

Maint yr integreiddio:

Macro: Hwyluso ar lefel strategol fel y gellir sefydlu trefniadau cydweithio.

Meso: Dim/cyfyngedig.

Micro: Gwasanaethau cydweithredol ar lefel ymarferol.

Tabl 13: Damcaniaeth Integreiddio (Broceriaid Sector Gwirfoddol, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /leilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Ariannwyd y broceriaid sector gwirfoddol drwy Brosiect Gofal Iechyd Parhaus y Bwrdd Iechyd, er mwyn darparu gofal mwy cyfannol. Yn benodol, mae broceriaid yn gweithio o fewn timau iechyd a gofal cymdeithasol integredig ac yn cydweithio â gweithwyr allweddol i ddarparu gwasanaethau 'ychwanegol' nad ydynt o reidrwydd yn rhan o'r cylch gwaith iechyd a gofal cymdeithasol. Gallai'r math o ymyriadau gofal dan sylw gynnwys cyfeirio unigolion at grwpiau gwirfoddol, cyfeirio unigolion at gyngor ar fudd-daliadau, neu feithrin cysylltiadau â grŵp cymunedol. Mae'r ddwy swydd ar gyfer broceriaid gwirfoddol wedi'u llenwi gan weithwyr iechyd ac fe'u hystyrir yn rhan o dîm gofal cyfannol, integredig gan eu bod yn mynychu cyfarfodydd gofal y tîm amlddisgyblaethol.

Anawsterau presennol

- Diffyg hyder ymhlith staff iechyd a gofal cymdeithasol i ddefnyddio gwasanaethau'r sector gwirfoddol.
- Mae'r broceriaid yn bwynt cyswllt arall yn ychwanegol at y gweithiwr allweddol.
- Nid oes trefniadau rhannu gwybodaeth ffurfiol ar waith eto. Mae broceriaid yn cynhyrchu eu gwaith papur eu hunain.
- Dim ond cofnodion y gwasanaethau cymdeithasol a ddefnyddir gan y tîm integredig, nid y cofnodion iechyd.
- Gall camau i ailstrwythuro gwasanaethau darfu ar ofal.

Llwyddiannau presennol

- Mae'r broceriaid yn hyblyg ac yn ymateb i anghenion amrywiol cleifion.
- Mae'r broceriaid yn bwynt cyswllt niwtral.
- Mae'r broceriaid yn wasanaeth gofal anffurfiol sy'n gofyn beth y gallant hwy ei wneud i'r defnyddiwr gwasanaeth, nid beth gall y gwasanaeth ei wneud iddynt hwy. Gofal sy'n seiliedig ar gydberthynas.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Cydleoli yn y ganolfan gyfathrebu er mwyn hyrwyddo cydweithio.
- Broceriaid yn yr ysbyty er mwyn helpu gwasanaethau rhyddhau cleifion.
- Gwerthuso'r hanesion y mae'r broceriaid yn eu cael gan gleifion.
- Mesur effaith y gwasanaeth broceriaid gwirfoddol.
- Datblygu capasiti'r gwasanaethau sector gwirfoddol sy'n peri oedi cyn darparu gwasanaethau (diffyg cyllid).

Crynodeb

Nid yw'r model gofal hwn (Tabl 13) yn 'cyd-fynd' â'r ddamcaniaeth brofadwy. Awgryma adroddiadau ansoddol fod y gwasanaeth yn diwallu anghenion y cleientiaid, pa un a yw'r model gwasanaeth hwn yn cymharu â'r model gofal cysyniadol, delfrydol ai peidio (Tabl 2). Nid oes tystiolaeth glir ar gael eto i awgrymu bod buddsoddi mewn broceriaid yn ffordd gost-efeithiol o leihau costau gofal cleientiaid/cleifion unigol na gwariant sefydliadol. Yn y bôn,

gwasanaeth a brynir i ategu'r tîm amlddisgyblaethol integredig yw'r
gwasanaeth broceru; dim ond ar lefel micro mae'r model hwn ar waith.

Rhaglenni Iechyd a Gofal Cymdeithasol Integredig ledled Cymru
Y Groes Goch Brydeinig.

Nodweddion Allweddol		
Cyd-destun	Mecanwaith	Allbynnau/Canlyniadau bwriadedig
Elusen fawr sydd â chytundebau lefel gwasanaeth gydag Awdurdodau Lleol a Byrddau Iechyd ledled Cymru i ddarparu amrywiaeth o becynnau gofal ar y cyd	Pecyn Gofal yn y Cartref y Gronfa Loteri Fawr	Darparu gwasanaethau cyfannol cydgysylltiedig
	Gofal i gleifion ar ôl iddynt ddod gartref o'r ysbyty	Helpu pobl ag anghenion yn y gymuned
	Trafnidiaeth	Darparu gofal mewn argyfwng
	Gwasanaethau cyfarpar	
	Gwasanaethau gofal canolraddol 8-12 wythnos	
	Gofal Diwedd Oes	

Maint yr integreiddio:

Macro: Hwyluso ar lefel strategol fel y gellir sefydlu trefniadau cydweithio.

Meso: Dim/cyfyngedig.

Micro: Gwasanaethau cydweithredol ar lefel ymarferol.

Tabl 14: Damcaniaeth Rhaglen ar gyfer Integreiddio (Y Groes Goch, Rhagfyr 2012)

Lefel o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad	Nodwedd o fewn y sefydliad
	Gofal iechyd sylfaenol /leilaidd	Gofal integredig	Gofal cymdeithasol/preifat /trydydd/anffurfiol
	Polisi	Polisi	Polisi
	Strategaeth	Strategaeth	Strategaeth
Macro	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr	Cyfarwyddwyr
	Cyllidebau	Cyllidebau	Cyllidebau
	Comisiynu	Comisiynu	Comisiynu
	Rheoli	Rheoli	Rheoli
	Gweinyddu	Gweinyddu	Gweinyddu
Meso	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu	Cyfrifyddu
	Staffio/AD	Staffio/AD	Staffio/AD
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad
	systemau TG	systemau TG	systemau TG
	Archwilio Data	Archwilio Data	Archwilio Data
	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad	Pwynt mynediad
	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio	Llwybr atgyfeirio
	Asesu	Asesu	Asesu
	Cynllun gofal	Cynllun gofal	Cynllun gofal
Micro	Adolygiad	Adolygiad	Adolygiad
	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG	Mynediad i gofnodion/TG
	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG	Storio cofnodion/TG
	Timau gofal	Timau gofal	Timau gofal
	Casglu data	Casglu data	Casglu data
	Lleoliad	Lleoliad	Lleoliad

Trosolwg

Mae gwaith y Groes Goch Brydeinig yng Nghymru wedi ehangu dros y chwe blynedd diwethaf a hwyluswyd y broses hon gan: gytundebau lefel gwasanaeth; memoranda cyd-ddealltwriaeth a threfniadau gwaith Adran 64 ag awdurdodau lleol; byrddau iechyd lleol; a threfniadau cydweithio â sefydliadau trydydd sector eraill i ddarparu gwasanaethau arbenigol. Yn sgil grant mawr gan y Gronfa Loteri Fawr, datblygwyd pecyn gofal Adref o'r Ysbyty yng Ngogledd Cymru. Mae'n cynnig pecynnau gofal byrdymor o 5-6 wythnos a ddarperir ar y cyd gan iechyd a'r gwasanaethau cymdeithasol. Mae'r gwasanaethau a ddarparwyd yn ne Cymru yn cynnwys cymorth tenantiaeth, gofal seibiant a gofal preswyl, a gofal diwedd oes (a ddarparwyd gan Sefydliad Marie Curie). Darperir y gwasanaethau gan gyfuniad o staff cyflogedig a staff gwirfoddol. Mae ariannu gwasanaethau yn her gyson

oherwydd prinder ffynonellau incwm cyson a dibynadwy. Caiff rhai gwasanaethau eu comisiynu a chaiff rhai eu hariannu drwy gyfraniadau elusennol. Nod y Groes Goch Brydeinig yw darparu gwasanaethau sy'n cael effaith fesuradwy, gan ei fod bob amser yn atebol i'r rhai sy'n darparu cyllid iddo ac yn gweithio yn unol â lefelau uchel o graffu, safonau ac archwiliadau, er mwyn sicrhau ei fod yn parhau i gael cyllid.

Anawsterau presennol

- Meithrin cydberthnasau â'r sefydliadau ariannu er mwyn sicrhau eu bod yn parhau i'w ariannu.
- Mae'r broses o uno'r byrddau iechyd lleol wedi cymryd mwy o amser na'r disgwyl.
- Diffyg cydymffurfiaeth ymhlith gwasanaethau â threfniadau rheoli data.
- Oedi yn aml cyn talu am wasanaethau a gomisiynir.

Llwyddiannau presennol

- Trefniadau cyllidebu ar y cyd rhwng iechyd, gwasanaethau cymdeithasol a'r trydydd sector.
- Gwelliannau yn y trydydd sector o ran darparu gwasanaethau dibynadwy a chynaliadwy.
- Mae'r Groes Goch Brydeinig yn dda am ymateb yn gyflym ac yn briodol mewn argyfwng.
- Y sector cyhoeddus a'r trydydd sector yn gweithio ochr yn ochr â'i gilydd.
- Caiff elusennau eu derbyn fel rhoddwyr gofal niwtral/diamod.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Caiff rhwng 70-80% o'r gofal a roddir drwy'r Groes Goch Brydeinig ei ddarparu gan wirfoddolwyr. Caiff asesiadau eu cynnal gan weithwyr proffesiynol cyflogedig. Yr her yw cynyddu capasiti er mwyn ateb y cynnydd a ragwelir mewn anghenion gofal.
- Gwerthuso'r effaith y mae cynllun Gofal wedi'i chael o ran lliniaru'r arwahanrwydd cymdeithasol sy'n gysylltiedig ag unigedd. Mae'r Groes

Goch Brydeinig yn mapio ardaloedd o arwahanrwydd ymhlith pobl dros 50 oed yng Nghymru er mwyn targedu gofal.

- Gweithio gydag elusennau llai o faint er mwyn sicrhau nad ydynt yn cael eu gwrthio allan o'r farchnad. Mae elusennau llai am gynnig gofal integredig a chydweithio â gwasanaethau iechyd a gwasanaethau cymdeithasol er mwyn diwallu anghenion a nodwyd ymhlith rhai pobl hŷn nad ydynt wedi'u diwallu hyd yma.

Crynodeb

Mae'r model iechyd a gofal cymdeithasol integredig rhwng y trydydd sector a'r sector statudol yn gysylltiedig â gwasanaethau annibynnol sy'n darparu gofal cydgysylltiedig a di-dor. Mae Tabl 14 yn cynrychioli hyn gan ddefnyddio un siâp yn unig i ddangos bod y Groes Goch Brydeinig yn wasanaeth iechyd a gofal cymdeithasol yn ei rinwedd ei hun. Mae llwyddiant y dull hwn o ddarparu gofal yn cael ei werthuso a hyd yma, mae wedi llwyddo i gadw at y gyllideb gydag arian targed ac wedi bod o fudd i gleifion. Dylid cymharu'r model hwn o ofal integredig a gomisiynwyd i bobl hŷn yn y gymuned ag ymdrechion cyfatebol y sector statudol i ddarparu gofal integredig, er mwyn canfod beth sy'n gweithio, pam a sut.

Rhanddeiliaid sy'n rhyngweithio â gwasanaethau iechyd a gwasanaethau cymdeithasol

Meddygon teulu

Trosolwg

Bydd camau i droi'r cartref yn ganolbwynt iechyd, neu weithredu'r model ysbyty yn y cartref, yn dylanwadu ar waith meddygon teulu. Mae meddygon teulu yn hwyluso bron 80% o'r holl gysylltiadau iechyd a meddygon teulu sy'n bennaf gyfrifol am iechyd eu cleifion tra'u bod yn y gymuned. Felly, mae'r gwasanaethau gofal integredig a ddarperir yn y gymuned yn fater pwysig i feddygon teulu ac mae angen iddynt allu ymddiried yn y gofal a gaiff eu claf gan unrhyw wasanaeth. Os caiff gwasanaethau iechyd eu darparu ar y cyd â gwasanaethau cymdeithasol, drwy dimau adnoddau cymunedol a thimau ymateb aciwt, heb yn wybod i'r meddyg teulu neu os na chaiff wybod amdanynt ar unwaith, gall arwain at gamddealltwriaeth a diffyg hyder mewn gofal. Mae darparu gofal aciwt yn y gymuned yn peri pryder hefyd, oherwydd rhaid cael caniatâd y meddyg teulu i ddefnyddio rhai technegau gofal a rhaid iddo fod yn bresennol i'w goruchwyllo, er y gallant gael eu cyflawni gan dîm arbenigol arall. Ar hyn o bryd, nid oes cysylltiad da rhwng y mathau newydd o waith integredig â meddygon teulu. Yr ymateb cyffredinol yw y dylai rheolwyr/cynllunwyr y mentrau darparu gwasanaethau newydd barchu meddygon teulu a chydweithio â hwy.

Mae angen i ddarparwyr gwasanaethau integredig weithio'n agosach gyda meddygon teulu i ddarparu gwasanaethau gwell a chydweithio â gofal sylfaenol. Ar hyn o bryd, prin yw'r cleifion a gaiff eu hatgyfeirio gan feddygon teulu i wasanaethau gofal integredig.

Anawsterau presennol

- Diffyg gwybodaeth am ba wasanaethau a gynigir.
- Diffyg hyder yn y gofal a ddarperir.
- Diffyg capasiti a hyblygrwydd ymhlith gwasanaethau newydd i ddarparu gwasanaethau mor gyflym a hawdd â nyrs ardal.

- Diffyg rhyngweithio wyneb yn wyneb neu gyfathrebu uniongyrchol â'r darparwr gofal (nyrs, therapydd galwedigaethol, ffisiotherapydd, gweithiwr cymdeithasol).
- Nid yw gwasanaethau wedi ymsefydlu yn y system eto.
- Cyfyngiadau technolegol o ran rhannu data.
- Llwyddiannau presennol.
- Defnyddio technoleg iPad yn y gymuned a docio data'r iPad er mwyn diweddarau'r cofnod iechyd cyfredol.
- Cyswllt uniongyrchol â gweithwyr iechyd proffesiynol eraill fel y gall clinigwyr atgyfeirio cleifion i'w gilydd.
- Cysylltiad uniongyrchol â llinell frys y gwasanaethau cymdeithasol.
- Cyfleusterau fideo-gynadledda ar gyfer TAD.

Ystyriaethau yn y dyfodol

- Cysylltu gweithiwr/tîm cymdeithasol â'r feddygfa.
- Hwyluso TYC mewn meddygfeydd gofal sylfaenol gydag arian cysylltiedig.
- Rhaid i'r broses atgyfeirio ar gyfer TYC fod yn syml ac yn ymatebol iawn a rhaid darparu adborth.
- Asesiad o drefniadau rheoli risg ar gyfer cleifion ag anghenion cymhleth a chronig yn y gymuned.
- Proffilio cleifion sy'n wynebu risg.
- Timau gofal sylfaenol yn gweithio yn yr un ardaloedd â meddygfeydd.
- Gallu cael canlyniadau profion ysbyty drwy'r porth meddygon teulu a gofal yn y gymuned.

Crynodeb

Mae meddygon teulu yn rhanddeiliaid pwysig o ran darparu gofal yn y gymuned. Ymddengys bod y modelau sy'n gweithio'n uniongyrchol gyda meddygon teulu yn ffyrdd effeithiol o ddarparu gofal cronig a chymhleth yn y gymuned mewn ymateb i argyfyngau (model Bhowmick). Ymddengys bod angen ystyried integreiddio gofal sylfaenol yn llawn mewn gwasanaethau integredig er mwyn datblygu gwasanaethau ymhellach.

Cyfuno'r Dystiolaeth

Er mwyn cyfuno'r data yn fframwaith cydlynol, defnyddiwyd techneg syml i ddadansoddi themâu'r cyfweiliadau (Braun a Clarke, 2006) a nodi'r prif themâu a'r themâu cyffredin sy'n effeithio ar wasanaethau integredig ar lefelau macro, meso a micro. Rhestrir y themâu hyn yn Tabl 15.

Tabl 15: Cyfuno Cyd-destun, Mekanweithiau a Chanlyniadau gwasanaethau integredig i bobl hŷn

Cyd-destun	Mekanwaith	Canlyniad
Macro		
Mae'r llywodraeth wedi gosod yr agenda i wneud newidiadau i'r ffordd y caiff gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol eu darparu i bobl hŷn	Mae ALLau, BILLau a'r trydydd sector wedi cael cyfleoedd a chymhellion ariannol i ailstrwythuro gwasanaethau	Mae'r agenda gofal integredig wedi hwyluso cryn dipyn o newidiadau i'r ffordd y caiff gwasanaethau i bobl hŷn eu darparu, a cheir ymrwymiad iddi ar bob lefel
Ni ddiffiniwyd gofal integredig fel math penodol o arfer gwaith	Mae gwasanaethau'n cael eu datblygu'n bwrpasol yn unol ag anghenion lleol	Ystyrir bod integreiddio yn ffordd angenrheidiol o ysgogi newid er mwyn diwallu anghenion newidiol y boblogaeth sy'n heneiddio yng Nghymru
O ganlyniad i'r lleihad mewn cyllidebau cenedlaethol, anelir at leihau costau'r gofal a roddir i bobl dros 65 oed	Mae ymdrechion i leihau costau gofal pobl hŷn wedi canolbwyntio ar leihau nifer y diwrnodau mewn gwelyau ysbyty aciwt, er y bydd cynnydd yn y boblogaeth yn arwain at gynnydd yn y defnydd a wneir o'r gwelyau hyn	Rhodddwyd pwysau ar BILLau i sicrhau bod prosesau derbyn cleifion dros 65 i'r ysbyty, hyd yr arhosiad a chyflymder y broses ryddhau yn cael eu rheoli'n well.
Mae capasiti iechyd a gofal cymdeithasol yn lleihau tra bod disgwyl i'r galw gynyddu.	Hwyluso rhwydweithiau gofal anffurfiol a'r trydydd sector er mwyn darparu gofal annibynnol. Gwell darpariaeth ariannol i rai sy'n darparu gofal yn y cartref ac arian trydydd sector i ddarparu gwasanaethau	Llai o reolaeth statudol dros ofal y rhai dros 65 oed. Gall galluogi pobl i fyw'n annibynnol yn y gymuned am gyfnod hwy arwain at newid mewn gwasanaethau statudol. Bydd pobl ond yn defnyddio gwasanaethau statudol pan fydd ganddynt anghenion aciwt.
Darparu gofal yn y gymuned gan ddefnyddio'r cartref fel canolfan iechyd. Galluogi pobl i fyw bywydau annibynnol, bodlon am gyfnod hwy	Defnyddio timau ymateb ac adnoddau cymunedol a gwasanaethau ailalluogi i ddarparu gofal yn y cartref a'r gymuned	Mae gwasanaethau gofal integredig wedi cael eu datblygu ar wahân yn aml heb gydweithio â gwasanaethau gofal sylfaenol meddygon teulu sy'n atgyfeirio cleifion yn awtomatig at ofal aciwt

Cyd-destun	Mecanwaith	Canlyniad
Meso		
Darparu gofal cyfannol	Ystyrir mai'r nod yw darparu gofal cydgysylltiedig sy'n bodloni'r agweddau 'bio-seicogymdeithasol' ac ysbrydol ar ofal	Anawsterau gydag arferion gwaith trawsddiwylliannol. Mae angen i nodau gwahanol fod yn nodau a rennir er mwyn cynyddu cydweithio
Timau amlddisgyblaethol unigol yn darparu gofal yn y gymuned	Cytleoli staff er mwyn hwyluso cyfathrebu. Staff yn gweithio yn yr un lleoliadau ac yn sefydlu timau gofal yn seiliedig ar gymunedau cyfarwydd	Mae gwasanaethau seilo rhwng iechyd a gofal cymdeithasol a gwasanaethau eraill wedi creu amrywiaeth o lwybrau gofal gwahanol ar gyfer pobl hŷn. Mae gan y 22 ALI a'r saith BILL ffiniau daearyddol gwahanol
Polisiâu a strategaethau cynllunio unigol ar gyfer darparu gofal i bobl hŷn	Swyddi ar y cyd ar lefel weithredol ac ar lefel cyfarwyddwyr	Nid yw swyddi ar y cyd ar lefel weithredol yn golygu bod digon o staff ar gael i ddarparu gwasanaethau'n ymarferol
System reoli unigol ar gyfer darparu gofal	System uwch reoli dda, sydd wedi'i hintegreiddio'n fertigol ac yn llorweddol	Dylai systemau rheoli a gweinyddu unigol leihau'r baich gwaith i staff rheng flaen
Darparu gofal di-dor	Cytleoli staff a gwasanaethau, gofal cydgysylltiedig sy'n seiliedig ar gydberthnasau	Mae gofal integredig da yn seiliedig ar gydberthnasau. Ystyrir mai diffyg cyfranogiad meddygon teulu yw'r ddolen goll o ran darparu gofal di-dor yn y gymuned
Asesiadau ac adolygiadau unigol o anghenion gofal	Un broses asesu ac adolygu drwy'r Broses Asesu Unigol (PAU). Caiff gwybodaeth ei lanlwytho i'r system TG Gofal Cymdeithasol na all timau Gofal Iechyd ei defnyddio	Defnyddio dwy system gyfrifiadurol i gael gwybodaeth - araf. Caiff data a gesglir o bell eu cofnodi â llaw. Mae'r broses o rannu a diweddarw cofnodion yn drafferthus, yn araf ac yn benodol i leoliad
Un pwynt mynediad	Meini prawf cymhwysedd safonedig ar gyfer cael gwasanaethau. Pwynt brysennu ac atgyfeirio i wasanaeth priodol.	Lleihau nifer y croes-atgyfeiriadau Mae'r gwasanaethau yn dibynnu ar wybodaeth y sawl sy'n derbyn yr alwad Ddim yn ystyried anghenion cymhleth

Cyd-destun	Mecanwaith	Canlyniad
Cyllidebau gofal unigol ar gyfer pobl hŷn	Mae cyllidebau a rennir neu gyllidebau cyfun a chyllidebau a drefnwyd wedi sefydlu trefniadau cydweithredu llwyddiannus gyda chytundebau ariannu Adran 33	Cystadleuaeth am gyllid Ansicrwydd ynghylch a fydd yr arian yn parhau Cyfyngiadau darparu gwasanaethau y tu allan i gyllidebau a rennir Ansicrwydd dros gyflog staff, pensiynau a chontractau yn arwain at anawsterau wrth recriwtio a chadw staff
Systemau ar waith i weithio'n haws gyda'r sectorau preifat a gwirfoddol	Memoranda Cyd-ddealltwriaeth gyda'r trydydd sector a gwasanaethau comisiynu yn rhoi sylfaen i ddarparu gofal mwy amrywiol	Mae defnyddio gwasanaethau trydydd sector yn rhoi amrywiaeth a hyblygrwydd i ddiwallu anghenion gofal unigol

Micro

Gwella gwasanaethau i bobl hŷn er mwyn sicrhau y caiff eu hanghenion gofal eu diwallu am gyhyd â phosibl yn eu cartrefi a'u cymunedau eu hunain	Mae gofal integredig wedi hwyluso prosesau cyfathrebu a threfniadau gwaith rhyngbroffesiynol gyda defnyddwyr gwasanaeth	Mae'r gwasanaethau a ddarperir yn dibynnu ar wybodaeth y gweithiwr allweddol am y gwasanaethau sydd ar gael a'i broffesiynoldeb gofal
Gwella lles pobl hŷn	Rhannu caniatâd i ddefnyddio data	Mae'n anodd iawn i wasanaethau sy'n defnyddio systemau TG gwahanol rannu gwybodaeth â'i gilydd
	Fel arfer, caiff gwybodaeth am ddefnyddwyr gwasanaethau a gesglir o bell ei chofnodi â llaw Cyflwyno technoleg newydd ar gyfer y defnyddiwr gwasanaeth a'r gweithiwr proffesiynol	Mae diweddarau nodiadau cleifion/defnyddwyr yn dasg lafurus a chaiff ei chyfyngu gan dechnoleg symudol, cysylltiad â'r rhyngwydd a gweithio mewn ardaloedd gwledig. Gall technoleg newydd achosi ymdeimladau o annigonolrwydd neu rymuso
	Cadw defnyddwyr gwasanaeth yn eu cartrefi eu hunain	Gall hyn arwain at deimladau o arwahanrwydd ac unigedd l rai, yn enwedig cyplau, mae'n rhoi ymdeimlad o reolaeth dros ofal ac annibyniaeth hyderus. Y darparwr gwasanaeth sy'n gyfrifol am drafnidiaeth
	Newid y diwylliant gofal	Gall arwain at golli hyder mewn gofal nad yw'n rhan o'r ymateb gofal aciwt traddodiadol

Cyd-destun	Mecanwaith	Canlyniad
Hwyluso a chefnogi darparwyr gofal anffurfiol	Gofal seibiant, budd-daliadau ychwanegol i ofalwyr a mwy o gymorth gofal	Mae rhai gofalwyr, teulu a ffrindiau wedi ymlâdd ac mae angen gofal ychwanegol arnynt eu hunain

Mae'r wybodaeth yn y tabl uchod a'r adolygiad o lenyddiaeth yn rhoi cryn sylw i'r cyd-destun y datblygwyd gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol ynddo, y cyd-destun ar gyfer darparu gofal a'r mecanweithiau a ddefnyddir i ddarparu gwasanaethau gofal. Ceir llai o wybodaeth am ganlyniadau'r gwasanaethau hyn i'r defnyddiwr terfynol. Ychydig iawn o waith sydd wedi'i wneud i werthuso gwasanaethau a phrin yw'r dystiolaeth i awgrymu bod cyd-destun penodol, neu ffordd arbennig o ddarparu gofal, yn fwy neu'n llai effeithiol nag un arall. Wrth gymharu'r damcaniaethau rhaglenni a amlinellwyd gan y rhanddeiliaid â'r ddamcaniaeth brofadwy a ddatblygwyd o'r llenyddiaeth gofal integredig, mae'n amlwg nad oes fformiwla clir i ddarparu gofal llwyddiannus. Ymddengys bod trefniadau integreiddio lefel macro yn llwyddiannus pan gaiff gwasanaethau gofal eu comisiynu gan y sectorau statudol a'u darparu yn y gymuned gan y trydydd sector neu'r sector preifat, fel y rhai a ddisgrifiwyd gan y Groes Goch Brydeinig a Gofal a Thrwsio. Ymddengys nad yw integreiddio lefel macro rhwng BILlau ac ALI wedi cael fawr ddim effaith ar waith cychwynnol i gynllunio gwasanaethau gofal rheng flaen, fel y gwelwyd yn enghraifft Hywel Dda. Eto i gyd, ymddengys bod integreiddio lefel macro yn llwyfan sefydlog i ailgynllunio gwasanaethau o fewn y strwythur gwasanaethau integredig mwy sefydledig a welir yng Ngogledd Iwerddon. Mae ffyrdd o integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol ar draws systemau cyfan, sy'n debyg i'r ddamcaniaeth brofadwy, wedi datblygu mewn cyd-destunau lle gwelwyd gwasanaethau ansefydlog ac anghynaliadwy, fel y disgrifiwyd yn Torbay. Yn y cyd-destunau hyn, bu'n rhaid ailstrwythuro gwasanaethau am nad oedd y gwasanaethau ar y pryd yn gweithio'n foddhaol mwyach.

Y cyd-destun ar gyfer integreiddio gwasanaethau ar lefel meso gan ganolbwyntio ar brosesau oedd cydleoli, TG integredig, rhannu atgyfeiriadau, asesiadau ac adolygiadau. Y mecanweithiau meso a ddefnyddiwyd i

ddarparu gwasanaethau oedd pwyntiau mynediad unigol a systemau asesu ac adolygu unigol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol. Mae'r system weinyddu integredig hon wedi cael effaith gymysg ar y defnyddiwr terfynol a gwaith proffesiynol. Gall pwyntiau mynediad unigol symleiddio gwasanaethau gofal ac atgyfeiriadau lluosog, ond gallant olygu y caiff atgyfeiriadau eu cyfyngu i wasanaethau a sefydliadau 'cyfarwydd' yn unig. Hefyd, maent yn cyfyngu ar sianeli cyfathrebu rhwng gweithwyr proffesiynol y nododd meddygon teulu eu bod yn rhwystro atgyfeiriadau.

Mae'r mecanweithiau ar gyfer darparu gofal yn dibynnu ar gyd-destunau gofal lefel micro sy'n dylanwadu ar wasanaethau, fel lleoliad daearyddol, a theipoleg gofal, megis cyflyrau cymhleth a chronig. Er enghraifft, mae Rhaglen Eiddilwch Gwent yn darparu amrywiaeth o wasanaethau mewn lleoliadau gwahanol. O ganlyniad, mae'r mecanweithiau ymateb yn amrywio ar draws y siroedd, yn dibynnu ar y gwasanaeth sydd ar gael, a fydd, yn ei dro, yn dylanwadu ar ganlyniad gofal y defnyddiwr gwasanaeth. Hyd yma, nid yw'n glir pa gyd-destun a mecanwaith sy'n cyflawni'r canlyniadau gorau i'r defnyddiwr gwasanaeth, er mwyn ei alluogi i fyw bywyd bodlon yn ei gartref ei hun. Yr hyn sy'n amlwg yw bod y damcaniaethau rhaglenni gwahanol a ddisgrifiwyd uchod wedi cael eu datblygu mewn ymateb i'r cyd-destunau unigryw y mae angen darparu gofal i unigolion ynddynt. Heb werthusiadau trylwyr o ofal mae'n anodd canfod pa fecanwaith sy'n gweithio orau, i bwy ac ym mha gyd-destun.

4 Trafodaeth

Arfarnu Polisi ac Ymarfer

Yn y wybodaeth gefndir a roddwyd ar ddechrau'r adroddiad, amlinellwyd cyd-destun hanesyddol y broses o ddatblygu gwasanaethau integredig a'r achos dros wasanaethau ar y cyd. Nodwyd y rhain yng nghanllawiau strategaethau Iechyd a Gofal Cymdeithasol a Lles Llywodraeth Cymru (2003 ymlaen) ac Adran 24 o *Ddeddf Diwygio'r GIG a Phroffesiynau Gofal Iechyd* (2002).

Byddem yn dadlau bod polisïau a strategaethau o'r fath yn hyrwyddo gofal integredig fel ymateb cyffredinol er mwyn cyflawni canlyniadau gwell am gost is i gleifion ac ar y cyd â hwy (er bod y dystiolaeth o blaid hyn, ar ei gorau, yn dameidiog ac yn amhendant). Awgryma'r astudiaeth sylweddol fwyaf diweddar o ganlyniadau gofal integredig ar ddechrau 2013 mai drwy feithrin cydberthnasau rhwng y defnyddiwr gwasanaeth a'r gweithiwr proffesiynol y caiff 'gofal gorau' ei hwyluso, yn hytrach nag ailstrwythuro sefydliadau'n fewnol (Dickinson et al., 2013). Mewn un astudiaeth gymharol o blith y nifer fach sydd ar gael, canfuwyd nad oedd un nodwedd arbennig o ofal integredig, nac un model darparu arbennig, yn well na'r llall, er i Goodman et al. (2013) ganfod gwahaniaeth yng nghost darparu gofal cydweithredol, a oedd ychydig yn ddrutach i'w ddarparu na gofal a reolir fesul achos a gwasanaethau integredig. Fodd bynnag, roedd gofal cydweithredol yn rhoi mwy o amser cyswllt i'r defnyddiwr gwasanaeth â'r gweithwyr proffesiynol. Ystyriai cleifion bod amser cyswllt yn ganlyniad gwerthfawr ynghyd â phrydlondeb o ran apwyntiadau a'r cydberthnasau a gaiff eu meithrin gyda'r gweithwyr proffesiynol sy'n gysylltiedig â'u gofal a'r cydberthnasau a gaiff eu meithrin rhwng y gweithwyr hynny. Costiodd Goodman et al. y ffyrdd gwahanol o ddarparu gofal integredig a chanfuwyd nad y math o ofal na'r ffordd y darperir y gwasanaeth gofal oedd yn dylanwadu fwyaf ar gost gan fod cysylltiad agos rhwng cost gofal a dangosyddion demograffig. Roedd y gost o ddarparu gofal yn cynyddu pan fo'r person yn hŷn, yn byw'n annibynnol ac yn byw ar ei ben ei hun. Awgryma'r canlyniad hwn fod dangosyddion demograffig yn ystyriaethau pwysig wrth dargedu gofal at grwpiau sy'n agored i niwed. Gellir cysylltu gwaith i ragweld costau a chynllunio gwasanaethau ag unigolion agored i niwed a nodwyd yn y gymuned sy'n cyd-fynd â'r set hon o ddangosyddion demograffig.

Mae'r casgliadau a luniwyd yn sgil y trosolwg o lenyddiaeth a'r profiadau o ddarparu gofal integredig yn dal i fod yn gymysg ac yn amhendant o ran yr hyn sy'n gweithio, i bwy, o dan ba amgylchiadau a pham. Y prif negeseuon a dynnwyd o'r llenyddiaeth a'r cyfweiliadau â rhanddeiliaid, ar y cam interim hwn, yw:

- Mae angen gwella gofal;
- Rhaid darparu gofal gwell, sy'n fwy cydlynol;
- Mae'r broses ddarparu a chanlyniad canfyddedig gofal yn rhyngddibynnol;
- Mae gofal effeithiol yn seiliedig ar gydberthnasau gwaith mewnbroffesiynol a rhyngbroffesiynol;
- Mae unrhyw lwyfan gwasanaeth sy'n annog sectorau a gwasanaethau i gyfathrebu â'i gilydd ac sy'n hyrwyddo cydberthnasau gwaith da yn darparu gofal mwy effeithiol ac effeithlon;
- Nid yw ailstrwythuro sectorau'n strategol yn cael fawr ddim effaith ar ganlyniadau canfyddedig defnyddwyr gwasanaethau;
- Cred rhai bod cyfarwyddbau polisi cenedlaethol yn dda o safbwynt strategol ond yn ddiffygiol o safbwynt gweithredol;
- Mae datblygu gwasanaethau integredig yn broses organig sy'n sensitif i amgylchiadau lleol;
- Nid oes un model darparu gwasanaethau integredig sy'n addas i bawb;
- Cesglir llawer o ddata gan y defnyddiwr gwasanaeth y gellir eu defnyddio'n effeithiol iawn i werthuso gwasanaethau. Ond prin yw'r gwerthusiadau trylwyr a systematig;
- Efallai na fydd darparu gofal integredig yn arwain at arbedion y gellir eu mesur ar ffurf arian parod, ond efallai y bydd yn helpu i reoli costau ymyrraeth ac, yn y pen draw, yn golygu y gellir cyflawni mwy o ymyriadau;
- Gellir defnyddio gofal integredig i hwyluso newid, oherwydd ystyrir ei fod yn rhywbeth cynhenid dda;
- Mae cynnwys meddygon teulu yn hollbwysig er mwyn datblygu gwasanaethau integredig yn y gymuned;
- Nid yw'r nod o leihau nifer y gwelyau mewn gofal aciwt yn fesur ymarferol, gan fod y llinell sylfaen o ran anghenion gofal cronig a chymhleth yn debygol o gynyddu wrth i'r boblogaeth heneiddio;
- Mae systemau TG yn anghydnaws ar y cyfan, sy'n amharu ar y gallu i drosglwyddo'r wybodaeth sydd ei hangen er mwyn darparu gofal

integredig ac intragredig ar draws gwasanaethau a rhwng gwasanaethau;

- Mae cost darparu gofal yn cynyddu pan fo person yn hŷn, yn byw'n annibynnol ac yn byw ar ei ben ei hun.

Codwyd llawer o'r materion hyn gan The King's Fund yn ei ganllaw 16 cam ar droi gwasanaethau integredig yn realiti ac, yn fwy diweddar, mewn fframwaith cyhoeddus ar gyfer gwasanaethau integredig (Mai, 2013). Ymrwymiad cydweithredol neu ymrwymiad cyffredin ar gyfer y prif sefydliadau iechyd a gofal cymdeithasol yn Lloegr yw'r fframwaith, i ddarparu iaith a nod cyffredin ar gyfer gwaith sy'n seiliedig ar systemau cyfan, sy'n cyd-fynd i raddau helaeth â'r ddamcaniaeth brofadwy (Tabl 2) a dynnwyd o'r adolygiad o lenyddiaeth.

Mae ffurf ddelfrydol trefniadau ymgysylltu â defnyddwyr iechyd a gofal cymdeithasol yn y dyfodol wedi'u diffinio a'u darlunio gan National Voices a'u cysoni â'r ddogfen *Making It Real* (Think Local Act Personal, 2013). Mae'r partneriaid cymdeithasol wedi dod ynghyd i annog camau eang i arloesi gwasanaethau ledled Lloegr ac mae llawer y gall Cymru ei ddysgu o'r fenter hon. Fodd bynnag, bydd angen mireinio a datblygu gofal integredig yn gyson, gan fod pob gwasanaeth yn unigryw i'w gynulleidfa darged. Mae angen i Gymru barhau i ddatblygu gwasanaethau ymatebol, lleol, ac mae'r dogfennau a luniwyd gan The King's Fund ac eraill, fel National Voices a Talking Points, yn cynnwys cyfoeth o wybodaeth sy'n rhoi arweiniad i awdurdodau lleol, byrddau iechyd, y trydydd sector a'r sector preifat ar sut i ddatblygu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig, yn seiliedig ar enghreifftiau o ymarfer llwyddiannus. Gellir crynhoi enghreifftiau o ymarfer integredig gan ddefnyddio'r damcaniaethau rhaglen yn yr adran ganlyniadau. Mae'r adran nesaf yn arfarnu'r dystiolaeth o'r 12 enghraifft sydd ar waith ar hyn o bryd yng Nghymru, gan dynnu gwersi o'r ffyrdd llwyddiannus a'r ffyrdd llai llwyddiannus o gyflwyno a darparu gofal integredig. Bydd y drafodaeth yn canolbwyntio ar sut mae'r damcaniaethau rhaglenni yn cymharu â'r ddamcaniaeth brofadwy a gynigiwyd o iechyd a gofal cymdeithasol integredig.

Arfarnu'r dystiolaeth ar waith

Wrth edrych ar yr amrywiaeth o wasanaethau a ddatblygwyd ledled Cymru yn yr adroddiad hwn, mae pob un yn croestorri â gofal cleifion/defnyddwyr gwasanaeth mewn ffordd unigryw. Mae pob gwasanaeth yn ceisio modelu ffordd o ddarparu gofal sydd, mewn theori, yn rhoi'r claf wrth wraidd yr ymarfer ac yn addo cyflawni canlyniadau gwerth chweil i'r defnyddiwr gwasanaeth, ei ofalwr a'i deulu, y gweithwyr proffesiynol sy'n darparu'r gwasanaethau a'r pwrs cyhoeddus. Caiff y llwyddiannau eu cofnodi ar sail yr anecdotau a glywyd ond ni cheir tystiolaeth gadarn i'w hategu. Prin iawn yw'r dystiolaeth gadarn i ddangos y buddiannau i'r defnyddiwr gwasanaeth, y gofalwr, ei deulu a gweithwyr proffesiynol. Felly nid oes gwybodaeth am fuddiannau ariannol y gwasanaethau hyn ar gael. Caiff arbedion effeithlonrwydd a wneir drwy'r broses o ddarparu gofal eu mesur ar sail allbwn perfformiad, ond ni ellir dweud eto pa un a yw'r dulliau hyn yn gost-effeithiol o gymharu â dulliau darparu gwasanaeth traddodiadol. Mae'r rhan fwyaf o Awdurdodau Lleol am ddarparu mwy o ofal yn y gymuned ac mae'r rhan fwyaf o Fyrddau Iechyd Lleol yn awyddus i weld y cartref yn cael ei ddefnyddio fel canolbwynt gofal iechyd. Mae'r pwyslais a'r weledigaeth a rennir gan y cyrff hyn yn greiddiol i'r broses o ailstrwythuro gwasanaethau i bobl hŷn er mwyn eu galluogi i aros yn eu cymunedau gyda'r nod o leihau costau iechyd a chymdeithasol yn gyffredinol. Y thema gyffredin oedd bod pob gwasanaeth yn ceisio torri costau ond hyd yma, ni all un o'r gwasanaethau yng Nghymru asesu a yw'r ffyrdd newydd o ddarparu gwasanaethau wedi cael effaith fuddiol ar y person hŷn.

Ar gyfer pob un o'r modelau gwasanaeth a gyflwynwyd yn y ddogfen hon, dangoswyd bod gwasanaeth integredig yn ymateb i anghenion ar bob pwynt perthnasol yn y llwybr gofal. Cynlluniwyd a mabwysiadwyd y rhan fwyaf o wasanaethau er mwyn atal ymatebion argyfwng neu er mwyn ymateb i argyfyngau o ran cyflyrau iechyd a gofal cymdeithasol. Mae Ffigur 4 yn dangos ble mae gwasanaethau'n rhyngweithio â defnyddwyr gwasanaeth. Cynigir y rhan fwyaf o wasanaethau mewn ymateb i argyfwng. Y weledigaeth gyffredinol yw y bydd gwasanaethau'n gweithio gyda gofal ataliol, gofal

rhagataliol a gofal a gynlluniwyd. Ystyrir mai dyma'r cam nesaf, neu un o'r camau nesaf, yn y broses o ddatblygu gwasanaethau sydd heb newid fawr ddim o fod yn weledigaeth, wrth i BILlau ac ALLau ei chael hi'n anodd darparu gwasanaethau, gydag adnoddau cyfyngedig, er mwyn diwallu anghenion brys. Yn gyffredinol, yn achos argyfyngau yn benodol, dangoswyd bod ymatebion cydgysylltiedig wedi darparu gofal dilynol integredig da yn y gymuned. Yn y pen draw, yr adnodd mwyaf gwerthfawr ar gyfer darparu gofal yw'r staff rheng flaen. Mae'n hanfodol bwysig bod digon o staff rheng flaen yn cael eu recriwtio a'u cadw i ddarparu gwasanaethau. Felly, pan fo gwaith iechyd a gofal cymdeithasol yn canolbwyntio ar ymarfer proffesiynol, caiff effaith gadarnhaol uniongyrchol ar ofal. Mae'r llinell uwchraddio neu'r llwybr datblygu gwasanaethau integredig yn esgyn drwy'r strwythurau rheoli meso sefydliadol er mwyn darparu gwasanaethau wrth gefn i drefnu staff rheng flaen. Ategir y dull o ddatblygu gwasanaethau o'r gwaelod i fyny gan y polisïau a'r strategaethau o'r brig i lawr sy'n ei gwneud yn bosibl i newid gwasanaethau. Rhaid hwyluso'r newid o weithio ar sail seilos i weithio mewn ffordd integredig mewn ffordd unedig ar bob lefel sefydliadol, h.y. yn llorweddol, yn fertigol ac yn lletraws, gan weithredu o'r gwaelod i fyny ac o'r brig i lawr fel yr awgryma'r ddamcaniaeth brofadwy. Ond anaml iawn y gwneir hynny, fel yr awgryma'r damcaniaethau rhaglenni.

Mae anawsterau pwysig i'w goresgyn wrth roi systemau gofal integredig llwyddiannus ar waith yn y gymuned. Mae rhai o'r modelau gwasanaeth uchod wedi llwyddo i oresgyn rhai o'r anawsterau hyn. Isod, rhestrir rhai o'r elfennau newydd a'r elfennau angenrheidiol a all hwyluso gofal integredig:

Pobl (micro)

- Cynnwys meddygon teulu yn y broses o ddarparu gofal yn y gymuned.
- Mae atgyfeiriadau rhwng clinigwyr yn hanfodol er mwyn ennyn hyder mewn gofal.
- Mae addysgu gweithwyr gofal proffesiynol ym mhob sector am fuddiannau atgyfeirio cleifion at wasanaeth gofal integredig yn hanfodol er mwyn datblygu gwasanaethau.

- Caiff gwasanaethau effeithiol eu harwain yn aml gan weithwyr proffesiynol uchel eu cymhellant sydd â'r statws a'r trugaredd i ddatblygu gwasanaethau gwell i'r defnyddiwr terfynol.
- Mae a wnelo gwasanaethau integredig â chydberthnasau: Gofal yn seiliedig ar gydberthnasau gyda'r defnyddiwr gwasanaeth a threfniadau gweithio proffesiynol sy'n seiliedig ar gydberthnasau.

Ymarfer (meso)

- Mae cael caniatâd a rhannu gwybodaeth yn hollbwysig er mwyn darparu gofal cydlynol a phriodol.
- Mae gwasanaethau amser cyfyngedig a gwasanaethau arbenigol yn gweithio'n dda pan ellir atgyfeirio pobl at becynnau gofal hirdymor cyfarwydd a mwy priodol os oes angen.
- Mae gwendidau'n gysylltiedig â chael pwyntiau mynediad/atgyfeirio unigol a gaiff eu gweinyddu gan staff anarbenigol.
- Gall cydleoli staff fod yn beth da os cânt eu cydleoli mewn lleoliad priodol, h.y. o fewn gofal eilaidd neu sylfaenol.
- Rhaid gweithio mewn ffordd fertigol, llorweddol a lletraws ar draws sectorau, rhwng sectorau ac o fewn sectorau er mwyn hwyluso trefniadau gwaith da.

Polisi (macro)

- Adeiladu llwyfannau gwasanaethau sy'n annog ac yn hwyluso trefniadau gweithio ar sail cydberthnasau ar draws sectorau gwasanaethau, rhwng sectorau gwasanaeth ac o fewn sectorau gwasanaeth.
- Mae angen adolygu llwybrau gofal ar bwyntiau penodol a rhaid sicrhau bod adnoddau ar gael i gynnal adolygiadau.
- Rhaid i'r capasiti ateb y galw fel y gellir bod yn hyderus y caiff y gwasanaeth ei ddarparu mewn ffordd briodol ac amserol.
- Mae angen i wasanaethau gael eu hariannu'n ddigonol drwy ddulliau cynaliadwy.

- Nid yw integreiddio strategol o reidrwydd yn arwain at ddarparu gwasanaethau integredig.

Crynodeb

- Ar hyn o bryd yn y broses o ddatblygu gwasanaethau integredig, ychydig o wybodaeth sydd ar gael am ba drefniadau iechyd a gofal cymdeithasol sy'n gweithio orau o dan ba amgylchiadau. Nid yw profi sawl dull a dysgu o fethiannau yn ffordd briodol o weithredu ac mae angen craffu'n fanylach ar ganlyniadau cyfuniadau gwahanol o ofal a ddefnyddir gyda grwpiau gwahanol o bobl.
- Caiff gwasanaethau effeithiol eu harwain yn aml gan weithwyr proffesiynol uchel eu cymhellant sydd â'r statws a'r trugaredd i ddatblygu gwasanaethau gwell i'r defnyddiwr terfynol.
- Nid yw integreiddio strategol o reidrwydd yn arwain at ddarparu gwasanaethau integredig.
- Mae a wnelo gwasanaethau integredig â chydberthnasau: gofal yn seiliedig ar gydberthnasau gyda'r defnyddiwr gwasanaeth a threfniadau gweithio proffesiynol sy'n seiliedig ar gydberthnasau.

Mae'r damcaniaethau rhaglen yn dangos y gall camau i integreiddio iechyd a gofal cymdeithasol ar lefel micro er mwyn darparu gwasanaethau i bobl hŷn, ddigwydd yn annibynnol ar unrhyw newidiadau strwythurol a sefydliadol ar lefel meso a macro. I'r gwrthwyneb, mae hefyd yn wir y gall integreiddio polisïau, strategaethau a materion gweithredol ar lefel macro ddigwydd yn annibynnol ar ofal rheng flaen, heblaw am ofal a gomisiynir y tu allan i'r sector statudol. Felly, nid yw'r ddamcaniaeth integreiddio brofadwy, syml, lle mae angen integreiddio pob lefel o fewn y strwythur sefydliadol er mwyn darparu gwasanaethau effeithiol, i'w gweld ar waith yn ymarferol. Gellir darparu gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig, effeithiol pan gaiff lefelau micro y strwythur sefydliadol eu hwyluso i ddarparu gofal integredig.

5 Casgliadau

Nod yr adroddiad hwn oedd deall yn well pa un a yw ymyriadau gofal integredig yng Nghymru yn gweithio yn ôl y disgwyl, hynny yw, yn diogelu lles ac annibyniaeth pobl hŷn gan eu galluogi ar yr un pryd i fyw, yn eu cartrefi a'u cymunedau eu hunain yn ddelfrydol, gydag amrywiaeth o anghenion gofal sy'n ymestyn i gyflyrau cymhleth a chronig.

Mae heterogenedd y gwasanaethau a ddisgrifir yn y ddogfen yn dangos sut mae'r BILlau a'r ALLau yn ymateb i anghenion iechyd a gofal cymdeithasol y cymunedau lleol. Fodd bynnag, nid yw'r defnydd o ddangosyddion perfformiad lefel uchel yn dangos pa un a fydd gwasanaethau integredig ar eu pen eu hunain yn cyflawni'r nod strategol o gynnig gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol i bobl hŷn yn y gymuned, gyda'r nod o leihau costau gofal aciwt a gwella lles.

Yr hyn sydd i'w weld yn amlwg yw'r cyd-destunau sy'n hwyluso gofal integredig, sef ysgogiad strategol a chyfarwydddebau polisi, y ffaith bod mwy o bobl yn byw yn hirach gyda chyflyrau cronig a chymhleth, seilwaith iechyd a gofal cymdeithasol ansefydlog a hen ffasiwn a'r dyhead i gynnig gofal gwell am gost is mewn hinsawdd economaidd anodd.

Mae'r mecanweithiau a ddefnyddir i oresgyn yr heriau hyn yn amrywiol ac yn benodol i'r cyd-destun lleol. Disgrifir y gwahanol fecanweithiau ar dudalennau 35-38 ac mae'r damcaniaethau rhaglen hefyd yn amlinellu'r ffyrdd amrywiol o ddarparu gwasanaethau integredig yng Nghymru. Mae'n aneglur sut mae'r mecanweithiau presennol a ddefnyddir i ddarparu gwasanaethau integredig yng Nghymru yn effeithio ar allu pobl hŷn i barhau i fyw'n ddiogel yn eu cartrefi eu hunain (yn enwedig pan fo'u hiechyd yn dirywio a'u hanghenion cymdeithasol yn dod yn fwy cymhleth). Mae'n aneglur am nad yw wedi'i fesur eto. Mae angen i werthusiadau yn y dyfodol hefyd ystyried y mathau lu o gynlluniau tai, trafndiaeth, pryd ar glud a chyfleusterau gofal dydd cymunedol

sy'n cyfrannu at y cysyniad o ddarparu gofal integredig cyfannol sy'n diwallu anghenion amrywiol pobl hŷn sy'n byw yn eu cymunedau.

Drwy'r adroddiad hwn, mae llawer o ganlyniadau anfwriadol ac annymunol wedi dod i'r amlwg yn sgil datblygu gofal integredig, a dylid defnyddio'r rhain fel rhybudd gan y gellid bod wedi'u rhagweld mewn rhai achosion. Gyda rhagofal, gellir eu hatal. Mae'r canlyniadau hyn fel a ganlyn:

- Mae gofal integredig yn effeithio ar ofal sylfaenol a gall greu cystadleuaeth rhwng gwasanaethau;
- Tybir bod cydleoli gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig, cyllidebau unigol ac ati yn gwella gwasanaethau gofal. Gall creu'r math hwn o ymreolaeth a strwythurau a chyfleusterau gwasanaeth annibynnol greu seilo gofal arall;
- Gall gwasanaethau gofal integredig ar wahân arwain at ddieithrio gweithwyr iechyd a gwasanaeth proffesiynol eraill sydd hefyd yn gysylltiedig â gofal person. Mae meddygon teulu yn enghraifft amlwg;
- Nid yw effaith ehangach darparu gwasanaethau iechyd integredig yn ogystal â gofal cymdeithasol yn y gymuned wedi'i hystyried yn fanwl a gall roi hyd yn oed mwy o faich ar deuluoedd a gofalwyr anffurfiol. Mae'r effaith a gaiff y baich hwn ar iechyd y gofalwr yn dra hysbys. Mae angen ystyried eu lles, yn ogystal â'r gost eilaidd i'r GIG o ran blinder ymhlith gofalwyr a salwch cysylltiedig, wrth gynllunio yn y dyfodol;
- Bydd y cynnydd ym mhoblogaeth hŷn Cymru yn golygu y bydd yn rhaid gwneud newidiadau er mwyn darparu mwy o wasanaethau a'u teilwra'n addas. Dim ond pan fo'r boblogaeth yn sefydlog y mae'r lleihad mewn diwrnodau gwely yn ffordd ddefnyddiol o fesur llwyddiant gwasanaeth. Nid dyma'r achos yng Nghymru (na mannau eraill). Efallai bod defnyddio cyfartaleddau, cymarebau a chanrannau diwrnodau gwely o gymharu â'r diwrnodau y caiff pobl hŷn eu cefnogi yn y gymuned i gynnal safon fyw dderbyniol yn fesur mwy perthnasol;
- Yn rhy aml, defnyddir y dangosyddion perfformiad gwasanaeth a'r mesurau allbwn i ddangos llwyddiant gofal. Fodd bynnag, dim ond

tueddiadau yn y prosesau darparu gofal a ddangosir gan y ffigurau hyn. Nid ydynt yn mesur effaith, ansawdd na phriodoldeb y gofal a ddarperir i'r defnyddiwr terfynol;

- Mae asesiadau, nodiadau cleifion a data a gesglir yn y gymuned yn dal i gael eu cofnodi ar bapur fel arfer yng Nghymru. Er mwyn darparu gofal integredig, mae mawr angen cyflwyno llwyfannau TG a all gyd-gysylltu â'i gilydd, casglu, rhannu a dosbarthu gwybodaeth mewn amser real ac ar draws gwasanaethau. Mae methiant i rannu data yn amharu ar allu sefydliadau ac unigolion sydd am hwyluso gwaith integredig.

Mae'r cysyniad o arferion gwaith a gwasanaethau integredig yn darparu nod a gweledigaeth gyffredin er mwyn gwella gofal. Felly mae'r cysyniad yn hwyluso newidiadau er mwyn ailstrwythuro ac ad-drefnu gofal gyda llai o wrthwynebiad i newid. I gyflawni hyn, rhaid cydnabod achosion o ansicrwydd a diffyg ymddiriedaeth a mynd i'r afael â hwy, er mwyn ennyn ymrwymiad i wneud newidiadau a datblygu gwasanaethau. Mae'r hyder sydd ei angen i ymrwymo i newidiadau yn dibynnu i raddau helaeth ar dystiolaeth. Mae gwerthuso gwasanaethau i asesu trefniadau iechyd a gofal cymdeithasol integredig yn hanfodol er mwyn darparu'r dystiolaeth bod ffyrdd newydd o ddarparu gofal yn well, yn fwy effeithlon a chost-effeithiol ac yn cyflawni buddiannau priodol i'r defnyddiwr terfynol.

Y ffocws ar gyfer gofal integredig yn y dyfodol fydd gwerthuso gwasanaethau er mwyn asesu eu heffaith. Mae angen gwneud rhagor o ymchwil i lunio canllawiau a fframwaith gwerthuso ar gyfer gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol integredig y gellir eu defnyddio fel pecyn adnoddau i asesu effaith y gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol a ddarperir i bobl hŷn er mwyn diogelu eu hannibyniaeth a'u lles.

Cyfeiriadau

- Adroddiad Comisiwn Bevan (2013). Llywodraeth Cymru.
- Beecham J. (2006). Cyflawni ar Draws Ffiniau: Gweddnewid Gwasanaethau Cyhoeddus. Llywodraeth Cynulliad Cymru.
- Bolton J. (2011). Gwell Cefnogaeth am Lai o Gost: Gwella effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd mewn Gwasanaethau i Bobl Hŷn yng Nghymru. AGGC Llywodraeth Cymru.
- Braun V. a Clarke V. (2006). Using thematic analysis. *Quality Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Clarkson P., Brand C., Hughes J., Challis D. (2013). Integrating assessments of older people: examining evidence and impact from a randomised control trial. *Age and Ageing*. 2011: 40: 388-408.
- Cook A., Miller E. (2012). Talking Points Personal outcomes approach. Llywodraeth yr Alban.
- Cook A., Miller E., Whoriskey M. (2007). Do Health and Social Care Partnerships Deliver Good Outcomes to Service users and Carers? Development of the User Defined Service Evaluation Toolkit (UDSET). *Tîm Gwella ar y Cyd* Llywodraeth yr Alban.
- Curry N. a Ham C. (2010). Clinical and Service integration. The route to improved outcomes. The King's Fund.
- Dalkin S., Jones D., Lhussier M., Cunningham B. (2012). Understanding Integrated care pathways in palliative care using realist evaluation: a mixed methods study protocol. *Mynediad agored i'r BMJ* 2012:2: e001533.
- Dickinson H. (2008). Evaluating Outcomes in Health and Social Care. *Community Care*.
- Dickinson H. (2010). The importance of being efficacious: English health and social care partnerships and service user outcomes. *International Journal of Integrated Care* 10:15.
- Dickinson H., Glasby J., Nicholds A., Jeffares S., Robinson S., Sullivan H. (2013). Joint Commissioning in Health and Social Care: An exploration of definitions, processes, services and outcomes. *Y Sefydliad Cenedlaethol ar gyfer Ymchwil Iechyd*.
- Ernst and Young, Rand Europe (2010). Progress Report: Evaluation of the National Integrated Care Pilots. *Yr Adran Iechyd*.
- GIG Cymru. (2013). 1000 o Fywydau a Mwy.
- Goodman C., Drennan V., Manthorpe J., Gage H., Trivedi D., Shah D., Sheibl F., Poltawski L., Handley M., Nash A., Illiffe S. (2012). A Study of the effectiveness of inter-professional working for community dwelling older people. NIHR Service Delivery and Organisational Programme.
- Goodwin N., Smith J., Davies A., Perry C., Rosen R., Dixon A., Dixon J., Ham C. (2012). Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. *Yr Adran Iechyd*. The King's Fund ac Ymddiriedolaeth Nuffield.
- Greenhalgh T., Wong G., Westhorp G., Pawson R., (2011). Protocol - realist and meta narrative evidence synthesis: evolving standards (RAMESES). *BMC Medical Research Methodology* 11:115.

- Ham C. a Walsh N. (2013). Making Integrated Care Happen at Scale and Pace. The King's Fund.
- Ham C., Heenan D., Longley M., Steel R. (2013). Integrated Care in Northern Ireland, Scotland and Wales: Lessons for England. The Kings Fund.
- Hudson B. (2011). Ten years of jointly commissioning health and social care in England. Journal of Integrated Care. 11.
- Jones N., Charlesworth A. (2013) The Anatomy of Health Spending 2011/2012. Ymddiriedolaeth Nuffield.
- Lowe T. (2013). New Development: The Paradox of outcomes - the more we measure, the less we understand. Public Money and Management. 213-216.
- Llywodraeth Cymru (2011). Astudiaeth i ymagweddau integredig at ddarparu gwasanaethau sy'n hybu annibyniaeth a lles. AGGC/NLIAH.
- Llywodraeth Cymru (2013). Law yn Llaw at lechyd - lechyd yng Nghymru (Gweledigaeth pum mlynedd ar gyfer y Gwasanaeth lechyd Gwladol yng Nghymru). GIG Cymru.
- Llywodraeth Cynulliad Cymru (2005). Cynllun Oes - lechyd yng Nghymru (Gwasanaeth lechyd o'r Radd Flaenaf i Gymru). GIG Cymru.
- Llywodraeth Cynulliad Cymru (2001). Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol ar gyfer Pobl Hŷn.
- Llywodraeth Cynulliad Cymru (2010). Gosod y Cyfeiriad.
- Llywodraeth Cynulliad Cymru (2011). Gwasanaethau Cymdeithasol Cynaliadwy i Gymru: Fframwaith Gweithredu.
- Llywodraeth Cynulliad Cymru (2007). Older People's National Service Framework Self Assessment Audit Toolkit.
- Llywodraeth Cynulliad Cymru (2009). Y GIG yng Nghymru: Pam rydym yn newid y strwythur.
- Llywodraeth Cynulliad Cymru (2007). Y Strategaeth ar gyfer Pobl Hŷn yng Nghymru (2008-2013) Byw'n Hirach, Byw'n Well.
- Malley J., Netten A. (2009). Measuring outcomes of social care. Research Policy and Planning. 27(2), 85-96.
- Malley J., Towers AM., Netten A., Brazier J., Forder J., Flynn T. (2012). An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. Health and Quality of Life Outcomes. 10:21.
- Minkman M., Ahaus K., Fabricotti S., Nabitz U., Huijsman R. (2009). A quality management model of integrated care: results of a delphi and concept mapping study. International Journal for Quality in Health Care. 21:1 66-75.
- National Collaboration for Integrated Care and Support (2013). Integrated Care and Support: Our shared Commitment.
- O'Leary C., Linney J., Weiss A. (2010). Handy Persons Financial Benefits Toolkit. Cassiopeia Consultancy & 2020 Delivery Ltd, Yr Adran Cymunedau a Llywodraeth Leol.
- Papur briffio (2012). A stitch in time - the future is integration. Rhifyn Mehefin 240. Cydffederasiwn y GIG.

- Papur briffio (2012). Joint personal budgets: a new solution to the problem of integrated care? Rhifyn Hydref 251. Cydffederasiwn y GIG.
- Pawson R., Tilley N. (2011). Realistic Evaluation. Sage.
- Pearson M., Hunt H., Cooper C., Shepperd S., Pawson R., Anderson R. (2013) Intermediate Care: a realist review and Conceptual Framework. NIHR Service Delivery and Organisation Programme.
- PSSRU (2009). The National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. Yr Adran Iechyd.
- Polisi Gofal Cymdeithasol (2010). A Vision for Adult Social Care. Yr Adran Iechyd.
- Reed J., Cook G., Childs S., McCormack B. (2005). A literature Review to explore integrated care for older people. International Journal of Integrated Care. 5: 14.
- Steventon A., Bardsley M., Billings J., Georghiou T., Lewis G. (2011). Community-Based Interventions. Ymddiriedolaeth Nuffield.
- Syson G., Bond J. (2010). Integrated Health and Social Care Teams in Salford, Journal of integrated care 18 (2) Ebrill 2010.
- Taylor B. (2012). Developing an integrated assessment tool for the health and social care of older people. British Journal of Social Work. 42 1293-1314.
- Think Local Act Personal (2013). Making it Real: Marking progress towards personalised, community based support. www.thinklocalactpersonal.org.uk
- Thistlewaite P, (2011.) Integrating health and social care in Torbay. The King's Fund.
- Trivedi D., Goodman C., Gage H., Baron N., Scheibl F., Illiffe S., Manthorpe J., Bunn F., Drennan V. (2013). The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. Health and Social Care in the Community. 21(2) 113-128.
- Turning Point (2010). Benefits Realisation: Assessing the evidence for the cost benefit and cost effectiveness of integrated health and social care.
- Wong G., Westhorp G., Pawson R., Greenhalgh T. (2013) Realist Synthesis RAMESES training materials.
- Yr Adran Iechyd (2012). Caring for our Future: Reforming care and support.
- Yr Adran Iechyd (2009). Integrated Care Pathways: an introductory guide.